

Année 1898

THÈSE **N° 277**
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 31 Mars 1898, à une heure

PAR

PHOCAS

Né à Céphalonie (Grèce), le 2 Décembre 1868

APPENDICITE
PERITONITES APPENDICULAIRES

Président : M. LABOULBÈNE

Juges : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{MATHIAS DUVAL.} \\ \text{RÉMY.} \\ \text{RICHELOT.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE DES SCIENCES MÉDICALES

OLLIER-HENRY

11 et 13 — Rue de l'École de Médecine — 11 et 13

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 31 Mars 1898, à une heure

PAR

PHOCAS

Né à Céphalonie (Grèce), le 2 Décembre 1868

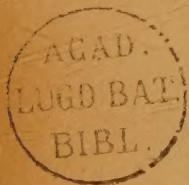
APPENDICITE

PERITONITES APPENDICULAIRES

Président : M. LABOULBÈNE

Juges : MM. { MATHIAS DUVAL.
RÉMY.
RICHELODT.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

LIBRAIRIE DES SCIENCES MÉDICALES

OLLIER-HENRY

11 et 13 — Rue de l'École de Médecine — 11 et 13

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BROUARDEL.

Professeurs :

	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle	BLANCHARD.
Chimie médicale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	} HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	} DIEULAFOY. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Clinique médicale	
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	JOFFROY.
	} FOURNIER. RAYMOND. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique chirurgicale	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique ophthalmologique	
Clinique d'accouchement	BUDIN.
	PINARD.

Professeurs honoraires

M. N...

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques,	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ADORÉ
LE DOCTEUR EN MÉDECINE P. PHOCAS

A MA MÈRE ADORÉE

A MA FIANCÉE BIEN AIMÉE

A MES CHERS PARENTS

A MES BONS AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Membre de l'Académie

INTRODUCTION

Sous le nom d'appendicite nous voulons parler de cette maladie qui a été si longtemps confondue avec la typhlite et la péri-typhlite, et qui nous est aujourd'hui bien connue.

Nous parlerons aussi de ses complications, parfois si terribles, comme les différentes formes de péritonite, abcès aréolaire du foie, etc.

Mais avant d'entreprendre ce travail, acquittons-nous d'un devoir agréable en exprimant ici notre gratitude à notre cher maître, M. le professeur Dieulafoy, dans le service duquel nous avons passé la meilleure partie de nos études médicales chez qui nous avons acquis les notions que nous publions aujourd'hui dans cet ouvrage.

Nous remercions MM. les professeurs Duplay, Tillaux, Berger, chez qui nous avons passé plusieurs années de nos études et qui ont bien voulu mettre à notre disposition des observations recueil-

lies dans leurs services, ainsi que MM. les professeurs Potain, Cornil, Pinard, avec lesquels nous avons fait une bonne partie de nos études.

Nous ne saurions trop les remercier de leurs savantes leçons et nous sommes trop heureux de pouvoir leur exprimer ici toute notre gratitude.

Nous remercions aussi M. Lancereaux, professeur agrégé, de ses bons conseils, ainsi que M. Legueu, chirurgien des hôpitaux, pour les observations recueillies dans son service et qu'il a eu l'obligeance de nous donner, et M. Delbet, chirurgien des hôpitaux, pour ses renseignements.

Nos remerciements aussi à MM. Clado, Cazin, Souligoux, Renon, chefs de clinique, pour leurs bons conseils.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Laboulbène, membre de l'Académie, nous fait un honneur dont nous ne saurions trop le remercier. Nous lui en exprimons toute notre respectueuse reconnaissance.

APPENDICITE

PÉRITONITES APPENDICULAIRES

ANATOMIE

Avant de décrire l'appendicite, il est important de rappeler en quelques mots l'anatomie de l'appendice :

L'appendice cæcal encore appelé appendice vermiculaire du cæcum (parce qu'on l'a comparé à un ver lombric) se présente sous la forme d'un petit tube cylindrique, presque toujours flexueux, qui s'implante sur la partie inférieure du cæcum et le continue. Sa longueur, très variable suivant les sujets, mesure en moyenne de 8 à 10 millimètres. Sa largeur est de 6 à 8 millimètres.

a) *Point d'implantation.* — Chez le fœtus, l'appendice vermiculaire s'implante sur le sommet de l'ampoule cæcale. Mais plus tard, par suite de l'extension relativement considérable que prend la paroi externe du cæcum, le fond de l'ampoule est entièrement formé par cette paroi et, de ce fait, le point d'implantation de l'appendice se trouve reporté en haut, en dedans et un peu en arrière; il était avant inférieur, il est maintenant latéral. Il est situé à 2 centimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale. D'après Mac-Burnay,

ce point d'implantation correspond, sur l'abdomen, au milieu d'une ligne tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Et en réalité, c'est dans cette région que siège le plus habituellement la douleur de l'appendicite.

b) *Situation et direction.* — Elles sont très variables. Le plus souvent on le rencontre dans la moitié interne de la fosse iliaque droite, au voisinage du détroit supérieur. Il est maintenu en position par un repli du péritoine qui lui forme une sorte de mésentère connu sous le nom de méso-appendice. Au point de vue de sa direction, l'appendice cæcal est, suivant les cas, ascendant, descendant, externe et interne. Quand il est ascendant, il s'applique à la face postérieure du cæcum et du côlon et peut remonter ainsi jusqu'au rein et même au foie. Dans ce cas, l'appendice est en général rectiligne. Quand il est descendant, il croise le psoas et s'engage dans le petit bassin où il se met en rapport avec la vessie, le rectum, l'utérus, l'ovaire. Quand il est externe, il se couche sur la portion du fascia-iliaca qui recouvre le muscle psoas. Enfin, dans le type interne, il se porte du côté de l'abdomen, vers l'intestin grêle et le plus souvent alors il suit le segment inférieur de l'iléon auquel il est parallèle, ou autour duquel il s'enroule. D'après M. Laffargue qui a examiné l'appendice cæcal sur deux cents sujets de tout âge et des deux sexes, la fréquence relative de ces variétés est la suivante : le type ascendant s'observe avec une proportion de 13 0/0 ; le type descendant avec une proportion de 41,5 0/0 ; le type latéral interne et latéral externe avec une proportion de 26 0/0 et de 17 0/0 : donc le type descendant est le plus fréquent.

c) *Cavité centrale.* — L'appendice cæcal est creusé

d'une cavité centrale qui en occupe toute la longueur. Cette cavité est trop étroite. Très souvent virtuelle. Inférieurement du côté de l'extrémité libre se termine par un cul-de-sac. Supérieurement elle s'ouvre dans le cæcum. La plupart des anatomistes signalent au niveau de l'orifice par lequel l'appendice s'abouche dans le cæcum l'existence d'une valvule, dite valvule de Gerlach, circulaire ou semi-lunaire qui s'oppose à l'introduction des matières fécales dans le canal appendiculaire. MM. Clado Testut et Laffargue considèrent cette valvule comme extrêmement rare. M. Dieulefoy pourtant l'a assez souvent constatée et même l'a vue fort développée.

d) *Structure*. — L'épaisseur des parois de l'appendice vermiculaire varie de 4 à 6 millimètres. Ces parois possèdent la même structure que celles du cæcum auxquelles elles font suite. L'appendice nous présente, abstraction faite du péritoine qui lui forme une enveloppe à peu près complète, une tunique musculaire, constituée par deux plans de fibres, les unes longitudinales, les autres circulaires; une tunique celluleuse, très épaisse formée du tissu conjonctif très serré et presque dépourvue des fibres élastiques; une tunique muqueuse à épithélium cylindrique à strome adenoïde, à follicules clos, à glandes à tubes. Au niveau de la pointe de l'appendice la couche celluleuse prend un développement considérable tandis que les deux plans de fibres musculaires sont très peu développés et que les glandes ont complètement disparu.

Chez le fœtus, où le canal appendiculaire est plus considérable et communique avec l'ampoule cæcale par un orifice plus large, il est ordinairement rempli par du méconium.

Chez l'adulte, il ne renferme le plus souvent que du mucus. secrété par la tunique interne. Dans certains cas, on y rencontre des corps étrangers tels que des pépins de fruits, de noyaux de cerises, de petites boules de matières fécales durcies.

HISTORIQUE

Nos connaissances sur l'appendicite sont de date toute récente. Il y a dix ans à peine, cette maladie était à peu près inconnue, car tous les symptômes, tous les accidents autrefois mal connus qui appartenaient à elle seule étaient attribués aux typhlites et pérityphlites. Cependant Mestriwier en 1759, Jadelot en 1808, Lonyer, Villermay et Mélier et plus tard Leudet avaient établi la réalité de la perforation de l'appendice. Mais ces observations étaient considérées comme de faits rares et la typhlite régnait sans conteste.

Mais de 1886 à 1892 les chirurgiens américains Sands, Fitz, Mac-Burney, Bull, Smith, Lewis, Cabot, s'étant mis à ouvrir le ventre d'une façon précoce pour les accidents autrefois attribués à la typhlite, ils virent que ce n'était plus le cæcum qui leur donnait naissance, mais bien son appendice, car c'était ce dernier qui était malade, enflammé et pas

1. Routier. Discussion sur l'appendicite. Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie 1895, t. XXI, p. 531.

le cæcum. La même remarque fut faite par des chirurgiens de tous pays. En Allemagne, en France, en Angleterre, en Suisse et dès lors, la typhlite perdait chaque jour de sa valeur, l'appendicite en gagnait davantage. Ces idées sur l'appendicite ont été consacrées une fois de plus au congrès de chirurgie 1895 et la même année lors des discussions de la Société de chirurgie, Routier a bien soin de spécifier que sur le grand nombre de cas qui lui étaient personnels, c'était toujours l'appendice qui était le foyer des accidents et pas le cæcum; il y a bien entendu des typhlites — ce mot typhlite ne doit pas être rayé de la médecine, mais il faut bien s'entendre. Les ulcérations de la fièvre typhoïde, les ulcérations tuberculeuses atteignent souvent le cæcum, mais ce sont des lésions spécifiques qui sont en dehors de notre question.

Une perforation de nature quelconque pouvait atteindre le cæcum, mais ce cas est encore en dehors de notre question. Mais c'est surtout notre éminent maître, M. le professeur Dieulafoy qui a mis l'appendicite en pleine lumière et qui nous en a longuement parlé et prouvé lors de ses treize leçons qu'il a faites à la Faculté de Médecine, aux mois de novembre et décembre de notre année scolaire 1895-96 et qu'il a représentées à l'Académie de Médecine; dans sa communication de mars 1896, il nous a, dis-je, prouvé que c'est toujours à l'appendice et jamais au cæcum qu'il faut rapporter les symptômes et les accidents de tout genre qu'on mettait autrefois sur le compte de la typhlite (1). Parmi d'autres travaux sur l'appendicite citons encore ceux de

1. Dieulafoy, Académie de 1896 et Presse méd. 1896, p. 121.

MM. Talamon (2) et Legueu (3). Depuis quelques années l'appendicite occupe en médecine et en chirurgie une place de premier ordre, car une péritonite aiguë généralisée, une septicémie péritonéale suraiguë, des péritonites partielles et enkystées, des abcès péritonéaux à distance des abcès du foie sont autant de complications sérieuses, parfois terribles qui sont dues aux lésions et infections d'origine appendicitaire, c'est-à-dire à l'appendicite.

2. Talamon. Appendicite et pérityphlite, Paris, Rueff, 1892.

3. Legueu. De l'appendicite, Masson, 1897.

PATHOGÉNIE

L'appendicite est une affection, car à l'examen des pièces fraîches, à l'examen d'un appendice enlevé au début d'une attaque aiguë, on retrouve des microbes dans la paroi de l'appendice, dans sa cavité, dans les exsudats ou les abcès environnants. Occupons-nous d'abord du microbe, de sa nature. L'appendicite est une infection polymicrobienne; plusieurs agents peuvent la déterminer. Sans parler de l'actinomycose dont les observations sont rares, l'appendicite est produite tantôt par le bacille de la tuberculose, tantôt et le plus souvent, par les microbes piogènes ordinaires, L'agent habituel de l'infection appendiculaire est le colibacille.

Dès 1889 Laruelle avait montré que ce bacille était l'agent pathogène des péritonites par propagation. Mais les recherches de Barbacci (1), Frankel (2), de Melvoz (3), de

1. Barbacci. *Lo Sperimentale* 1891, n° 75.

2. Frankel. *Wiener Klin. Woch.*, nos 13-15.

3. Malvoz. *Arch. de méd. expér.*, 1871, p. 593.

Welch (4), de Macaine (2) ont accentué le rôle de ce bacille dans l'appendicite et un peu plus tard Adenot (3) Fowler (4), Macaigne (5), dans des nouvelles recherches qu'ils ont publiées ont démontré la présence du coli-bacille dans les parois de l'appendice, dans son contenu ou dans les exsudats péritonéaux. Mais le coli-bacille n'est pas toujours seul, on y trouve souvent à côté de lui d'autres microbes surtout le stercotocque, le staphylococque, le pneumococque. A côté des appendicites à coli-bacille qui sont les plus fréquentes, on y trouve des appendicites à streptococque, à staphylococque, il en est aussi des appendicites tuberculeuses.

Maintenant que nous connaissons l'agent pathogène de l'appendicite, cherchons quelles sont les conditions qui favorisent la pullulation des microbes et l'exaltation de leur virulence.

Disons-le de suite que les causes de l'appendicite sont locales, malgré les nouvelles théories qui veulent en faire une manifestation d'une infection générale. Il y a des appendicites par propagation et des appendicites de causes générales, mais ce sont des lésions spécifiques qui n'appartiennent pas à notre question. Nous ne parlerons que des appendicites de causes purement locales, les plus fréquentes, les vraies appendicites.

Sur ces appendicites de causes locales, il y a des théories, des discussions pour savoir le mécanisme qui favorise la

1. Welch. Amer. J. of med. sc., nov. 1891, p. 435.

2. Magaigne. Thèse de Paris, 1892.

3. Adenot. Soc. de biol. 1891.

4. Fowler. New-York, med. I., 1893, 14 oct., p. 434.

5. Magaigne. Cité par Monod, Soc. de chir., 15 déc. 1895.

pullulation des microbes et fait exalter leur virulence.

On a accusé souvent la diarrhée, la constipation comme causes de l'appendicite. On a dit aussi que les vers intestinaux pouvaient la provoquer comme ils pourraient provoquer la péritonite, si après perforation ils tombaient dans le péritoine. Pour les vers intestinaux, notre éminent maître M. le professeur Laboulbène (1) a démontré qu'ils ne produisent pas ces lésions, ces maladies. Voici, en réalité, les vraies causes de l'appendicite. Quand on opère une appendicite, on trouve très fréquemment dans la cavité même de l'appendice, ou dans la suppuration lorsqu'il y a eu perforation, des corps étrangers qu'on disait autrefois être des fragments d'os, des arêtes de poisson, des coquilles d'œufs, des aiguilles, des noyaux de prunes, des pépins de fruits, et aujourd'hui, que nos connaissances sont plus grandes sur ce point, nous voyons que ces corps ne sont autre chose que des concrétions calculaires.

C'est la présence de ces calculs dans le canal appendiculaire qui a valu à l'une des variétés d'appendicite, la dénomination d'appendicite calculeuse. Ces calculs sont étudiés dans la thèse de Rochaz (2). Ils ont les dimensions les plus variées; ils sont allongés, cylindriques, fusiformes. Généralement, on en trouve qu'un, mais quelquefois plusieurs avec des facettes. Ils sont bruns, quelquefois mous, friables, dans d'autres cas ils sont durs. Ces calculs sont formés

1. Laboulbène. — Vers intestinaux. *Traité de médecine et thérapeutique*, par Brouardel et Gilbert (page 708).

2. Rochaz. — Contribution à l'étude des calculs appendiculaires. Thèse Lausanne 1895.

de plusieurs éléments. Dans leur composition, on y trouve une matière organique stercorale brunâtre, parfois des sels de magnésie, des sulfates, des chlorures. Ces concrétions sont stratifiées, autour d'un noyau s'ajoutent des couches excentriques et cette stratification nous prouve que les calculs appendiculaires s'accroissent progressivement dans le canal appendiculaire lui-même.

Ces corps sont quelquefois munis d'arêtes et pourraient, blessant les parois de l'appendice, déterminer une appendicite traumatique, variété rare.

La plupart de ces corps sont lisses, arrondis ou ovalaires et ne peuvent blesser la paroi de l'intestin. On ne discute plus que sur la manière dont le calcul agit pour favoriser la pullulation des microbes et exalter leur virulence.

Sur ce point, il y a deux théories : celle de M. le professeur Dieulafoy et celle de M. Talamon. Prenons d'abord cette dernière pour arriver à celle de M. Dieulafoy qui nous paraît et est la plus réelle, la moins contestable.

Théorie de Talamon.— Les scybales se forment dans le cæcum et sous l'influence d'une contraction intestinale un de ces corps s'engage dans l'appendice et s'enclave à la partie supérieure du canal. De là, deux conséquences: oblitération de l'orifice, compression des parois de l'appendice et gêne de circulation des vaisseaux appendiculaires. L'oblitération amène l'accumulation des sécrétions et par conséquent la distension de l'appendice, la compression des vaisseaux, la diminution de vitalité de l'appendice.

Les microbes qui existent constamment à la surface de la muqueuse et qui sont inoffensifs à l'état normal, ces microbes se multiplient dans le liquide stagnant de l'appen-

dice oblitéré comme dans un vase clos et l'appendice, privé de sang, les microbes l'envahissent et le perforent.

Talamon croit que le calcul est constant et qu'il se forme toujours en dehors de l'appendice.

Mais le calcul n'est pas constant, car souvent on n'en trouve aucune trace dans des appendices enlevés non perforés.

Pour ce qu'il dit, Talamon, que ce calcul se forme en dehors de l'appendice, nous avons vu que la stratification des calculs nous montre bien leur formation dans le canal appendiculaire même et enfin l'orifice d'abouchement de l'appendice dans le cæcum et défavorable à l'engagement des calculs.

Théorie de Dieulafoy. (Théorie de la cavité close). — Notre éminent maître M. le professeur Dieulafoy dans sa série de treize leçons faites à la Faculté de Médecine et dans ses communications à l'Académie et à la Société médicale des hôpitaux a formulé la théorie de la cavité close (1).

Selon lui et qui est certain, l'appendicite est toujours le résultat de l'oblitération du canal appendiculaire et de la transformation de sa cavité en cavité close.

Lorsque le canal appendiculaire est oblitéré, les microbes de l'appendice qui à l'état normal étaient inoffensifs comme tous les microbes de l'intestin à l'état libre, ces microbes emprisonnés peuvent exalter leur virulence et peuvent devenir un foyer de poly-infection dont le coli-bacille et le streptococque sont les principaux agents, et dès lors l'appendicite est constituée. Dès l'instant où le canal appendicu-

1. Dieulafoy, Soc. méd. des hôp., 8 février 1895 et Presse médicale, 1896, p. L. VIII.

laire est transformé en cavité close avec ou sans calculs peu importe et pourvu que les microbes emprisonnés soient doués d'une virulence suffisante l'appendice peut s'abcéder, se perforer, se gangrener, ou bien encore les microbes peuvent cheminer à travers les parois de l'appendice et arriver ainsi au péritoine sans que les parois présentent la moindre perforation. Ajoutons pour confirmation de cette théorie, que M. Clado en 1889 avait présenté au congrès de chirurgie un très remarquable travail clinique et expérimental sur l'infection herniaire. Il avait vu que les microbes de l'intestin étranglé pénètrent dans le sac herniaire, sans qu'il y ait perforation de l'intestin, et cela dès le lendemain de l'entranquement, il avait constaté que la cavité peut-être envahie à son tour et enfin il avait signalé la possibilité des accidents infectieux par généralisation des agents microbiens.

D'autres aussi comme Oker-Blon Bennecken, ont repris ces expériences et ont démontré que ce coli-bacille enfermé dans une anse intestinale étranglée, herniée, invaginée peut passer dans le péritoine par pénétration à travers les tuniques de l'intestin ou par voie lymphatique.

Le plus remarquable travail entrepris sur ce sujet est celui de de Klecki (1). Avec toutes les précautions antiseptiques voulues, de Klecki étrangle une anse intestinale chez le chien, après un ou deux jours le chien meurt ou est sacrifié. On constate que l'anse intestinale étranglée n'est point perforée et cependant elle a donné naissance à une péritonite.

1. De Klecki. Recherches sur la pathogénie de la péritonite et origine intestinale. Etudes sur la virulence du coli-bacile. Annales de l'Institut Pasteur t. IX, p. 710-736.

Sur des expériences de même genre que j'ai faites moi-même chez des lapins, j'ai pu constater les mêmes résultats. Sur deux cas, il y avait une péritonite suppurée et perforation de l'appendice. En prenant dans un cas le contenu de l'appendice transformée en cavité close (microbestoxine) et l'injectant dans le péritoine d'un autre lapin j'ai produit en bref délai une péritonite suppurée.

De ces expériences comme de celles de de Klecki il en ressort ces faits :

Dans l'anse intestinale expérimentalement transformée en cavité close il se traduit une énorme pullulation des microbes de l'intestin et une forte exaltation de leur virulence. Ces microbes dans leur nouvel état pathologique, peuvent traverser la paroi intestinale non perforée et déterminer une péritonite. Continuons la théorie de M. Dieulafoy.

L'oblitération du canal appendiculaire est consécutive à plusieurs causes. Souvent résulte de la formation lente et progressive un calcul appendiculaire. Le calcul naît et se développe dans l'appendice, il est une manifestation d'une maladie particulière, la lithiase appendiculaire qui a des connexions intimes avec les autres lithiases urinaires et biliaires.

D'autrefois l'oblitération du canal résulte d'une inflammation aiguë, subaiguë ou chronique, non calculeuse, qui a tuméfié sa muqueuse infectée et les parois du canal. Parfois les deux processus sont réunis, c'est-à-dire un calcul favorise l'infection locale et la tuméfaction des parois achève ce que le calcul a commencé. Dans quelques cas l'oblitération de l'orifice du canal résulte de la production d'un tissu fibreux ou du moins d'apparence fibreuse. Dans quelques

circonstances l'appendicite est le résultat d'un étranglement de l'appendice, que l'étranglement se fasse par brides, par condure, par torsion, par enroulement de l'appendice autour de son méso le canal est transformé en cavité close dans la partie située au-dessous de l'étranglement. De tout ceci résulte que le canal appendiculaire peut-être oblitéré soit à son orifice cæcal, soit sur une partie quelconque de son trajet par des processus différents mais quelle que soit la cause de l'obstruction, que cette obstruction soit due à un calcul, à la tuméfaction des parois infectées, à un retrécissement fibroïde, à sa torsion à la coudure, à l'étranglement de l'appendice, le fait essentiel le fait qui domine toute l'histoire de l'appendicite, c'est que la partie du canal appendiculaire sous-jacente à l'oblitération est transformée en une cavité close.

De ce fait peut résulter l'exaltation de virulence des microbes d'où l'appendicite. Cette belle théorie de M. Dieulafoy vient de recevoir d'autres confirmations par d'autres expérimentateurs, Roger et Josué ont pratiqué la ligature aseptique de l'appendice chez le lapin en ayant soin de ménager ses vaisseaux. Ils sacrifient l'animal quelque temps après et ils constatent que sa partie sous-jacente à la ligature est transformée en une cavité purulente. Ils en concluent, à juste raison, qu'il a suffi d'emprisonner les microbes de l'appendice pour transformer les microbes inoffensifs de l'intestin en agents pathogènes (1).

De Rouville a également provoqué l'appendicite expéri-

1. Roger et Josué. Appendicite expérimentale. Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux, 1896, n° 4, p. 79.

mentale chez le lapin et il a reproduit toute la lésion de la pathogénie par cavité close.

Voici du reste les conclusions de ses intéressantes expériences (1). « La première expérience nous fait assister à l'évolution trop fréquente de l'appendicite chez l'homme, terminée par gangrène, perforation de l'appendice, abcès peri-appendiculaire et péritonite généralisée, la perforation s'est ici produite en l'absence de tout calcul dans l'appendice, et en dehors de toute blessure vasculaire pendant l'opération. La seconde expérience montre que si les lésions infectieuses peuvent rester longtemps localisées au niveau de l'appendice, ce dernier n'en constitue pas moins un foyer d'infection de virulence extrême point de départ possible d'accidents formidables, qu'une intervention chirurgicale, pratiquée en temps opportun permettra seule d'éviter.

Ces deux faits parlent dans le même sens que celui récemment rapporté par MM. Roger et Sosué, et viennent comme ce dernier, à l'appui de la théorie de l'appendicite par cavité close soutenue par M. Dieulafoy.

M. Dieulafoy ajoute à sa théorie qu'il ne s'ensuit pas toutefois, que la transformation du canal appendiculaire en cavité close soit toujours suivie d'accidents : ces accidents dépendent du degré de virulence des microbes emprisonnés et du degré de toxicité des produits qu'ils élaborent. Or, cette virulence peut être insignifiante, elle peut être anéantie par la phagocytose auquel cas les lésions appendiculaires ne poursuivent pas leur évolution et restent à l'état d'ébauche

1. De Rouville, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, Presse médicale, 27 mai 1896.

Un processus chronique oblitérant peut même combler complètement le canal appendiculaire, une cure radicale spontanée qui met le malade à l'abri de nouveaux accidents et à l'abri des récidives de l'appendicite. D'autre part, l'infection des parois de l'appendice, peut poursuivre son chemin alors même que l'oblitération initiale, cause première des accidents a disparu.

A cette théorie de M. Dieulafoy que nous croyons comme la plus vraie et la plus démonstrative, on a fait bien des objections. MM. Laveran (1) et Poncet (2) tout en reconnaissant qu'il y a des appendicites et qui sont le résultat d'une infection par cavité close font des réserves pour d'autres dans lesquelles, disent-ils, les lésions paraissent avoir évolué sans obstruction du canal et sans cavité close. Brun (3), dans un mémoire, publie des observations qu'il considère comme contraires à la théorie. M. Dieulafoy démontre que le coli-bacille pénètre dans les parois de l'appendice pour les infecter du côté de la muqueuse où les microbes sont, du reste, en permanence. Si c'est l'appendice qui est infecté et pas le reste de l'intestin, c'est que dans l'intestin la route est libre, le canal est large. Tandis que, dans l'appendice, la route est facilement barrée, le canal est étroit, la cavité close se produit, et quel que soit le mécanisme oblitérant, le résultat est le même, c'est par la cavité close que se fait l'infection toujours la même avec les mêmes symptômes et accidents. Aux observations de M. Brun qu'il considère comme contraire à la théorie de la cavité close, parce que,

1. Laveran. Académie de Médecine, séance du 5 mai 1896.

2. Poncet. Académie de Médecine, séance du 26 mai 1896

3. Brun. La Presse Médecine, 6 août 1896.

dit-il, dans ces appendicites, le canal appendiculaire n'était pas oblitéré. M. Dieulafoy répond que si le canal n'était pas oblitéré, c'était tout simplement parce que, après son oblitération, il a repris sa perméabilité après quelques jours ou semaines. Il n'y a que le rétrécissement fibroïde qui persiste indéfiniment, mais le rétrécissement par tuméfaction des parois peut être temporaire, il peut disparaître par le fait de l'opération ; il peut disparaître tout naturellement après avoir été la cause de l'infection pariétale, qui, si elle persiste, peut poursuivre son chemin. Après une première attaque due à la transformation du canal en cavité close, il peut survenir une guérison apparente, mais l'infection lente des parois, plus tard, peut se réchauffer, et on assiste à des récidives, des poussées telles qu'elles peuvent bien se passer d'une nouvelle obstruction du canal. M. Brun, dans d'autres cas, a constaté des appendicites par cavité close, mais il ne n'accepte pas ce mode d'infection, car les malades, dit-il, porteurs de ces appendicites, n'étaient pas infectés, et ils devaient l'être pour répondre à la théorie. Sur ce point, M. Dieulafoy répond que si les malades n'étaient pas infectés, c'est qu'ils ont été opérés à froid, dans un moment où leur appendicite ayant perdu sa virulence leur donnait une période de trêve.

Après avoir étudié la nature des microbes, nous devons parler du terrain.

Le terrain joue un grand rôle dans la pathogénie de l'appendicite.

L'influence de l'hérédité est incontestable. M. Roux, de Lausanne, avait déjà soutenu que l'appendicite est souvent héréditaire.

M. Dieulafoy a observé assez fréquemment l'appendicite chez plusieurs membres d'une même famille et a remarqué que cette hérédité s'observe surtout dans les familles où règnent les gouttes, l'arthritisme, la gravelle urinaire et biliaire, ce qui l'a poussé à faire entrer la lithiase appendiculaire dans le patrimoine de l'arthritisme, et de la goutte. Il donne plusieurs exemples d'appendicite héréditaire.

Un de ses élèves était atteint parfois de coliques néphrétiques. Son père était goutteux, son frère a succombé à une appendicite.

Un de ses collègues était mort diabétique. Sa fille était morte d'appendicite. Il a vu, en 1891, rue du Général-Foy, un enfant de douze ans qui a succombé à une appendicite; un de ses oncles avait été emporté par la même maladie et son père avait eu plusieurs attaques appendiculaires.

M. Routier avait enlevé l'appendice chez une jeune fille dans la famille de laquelle trois personnes avaient été atteintes d'accidents appendiculaires.

Dans une famille, dans laquelle il est médecin et où règnent la goutte, l'obésité et le diabète, M. Dieulafoy a observé trois cas d'appendicite dont un mortel chez un enfant de dix ans.

Un de ses amis a été atteint de rhumatisme articulaire et de coliques néphrétiques, son fils a été atteint d'appendicite opérée et guérie par Bouilly.

M. Berger opérait, il y a quelques années, un homme d'un certain âge, atteint d'appendicite; deux ans plus tard, le fils de ce monsieur était opéré d'appendicite par M. Segond.

Une dame qui est depuis quinze ans sujette à des rhumatismes et à des coliques hépatiques avait un fils qui a été

opéré sur la demande de M. Dieulafoy, par M. Routier, pour une appendicite calculeuse.

M. Dieulafoy a été appelé il y a quelque temps auprès d'une dame, âgée de 72 ans, qui avait été prise brusquement d'une appendicite qu'elle a fait opérer par M. Routier. Deux mois plus tard, elle a fait opérer sa petite fille.

Il a vu à Trouville, avec Collet, un enfant de cinq ans atteint d'appendicite, sa mère était atteinte de coliques hépatiques.

Depuis que M. Dieulafoy a attiré l'attention sur l'appendicite familiale, les observations se sont multipliées. M. Faisans (1) a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, six faits d'appendicite familiale, et tous ces faits concernaient des familles dans lesquelles deux, trois, quatre personnes de la famille ont été atteintes d'appendicite trop souvent mortelle. Dans la même séance, M. Rendu a communiqué des faits semblables. D'autres aussi ont étudié cette question d'appendicite familiale et l'ont remarquée (Brun (2), Berger, Tuffier, Jalaguier). La grossesse joue aussi un rôle dans la production de l'appendicite, car en favorisant le développement de la lithiase biliaire elle doit favoriser aussi celui de la lithiase appendicitaire et ses exemples sont nombreux, où on a constaté l'appendicite après l'accouchement. Il y a donc des relations entre l'appendicite calculeuse et

1. Faisans. De l'appendicite familiale. Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux, 1896, n° 8, p. 228.

2. Brun. Appendicite familiale. Routier, Jalaguier, Tuffier, Quenu, Berger. Discussion sur l'appendicite familiale. Séance de la Société de chirurgie du 22 janvier, Presse médicale, 1896, n° 8. p. 26, et n° 10, p. XIV.

l'arthritisme. Toutefois, l'appendicite est loin d'être toujours associée à la diathèse arthritique. Toutes les appendicites ne sont pas calculeuses et même les appendicites non calculeuses sont les plus fréquentes ; ces appendicites non calculeuses sont moins héréditaires que les autres.

L'âge constitue une condition prédisposante de l'appendicite. Les enfants sont plus souvent frappés d'appendicite que les adultes et ceux-ci plus que les vieillards. D'après Fitz, dont le relevé porte sur 228 cas, le maximum de fréquence est de dix à vingt ans, il est de 38 pour 100, de vingt à trente ans, il s'abaisse à 28 pour 100, de trente à quarante, il n'est que 15 pour 100. Au-dessous de dix ans, la fréquence d'après Matterstock s'élève avec l'âge.

Le sexe masculin est plus fréquemment atteint. Maurin, sur 94 cas note 78 hommes et 16 femmes et Prevez sur 392 observations trouve 295 hommes et 97 femmes.

On attribue aussi une certaine influence aux troubles intestinaux sans preuve du reste.

MM. Bouchardot et Hayem, signalent la fréquence des poussées d'appendicites chez des dyspeptiques avec stase gastrique. Disons qu'on a invoqué encore le refroidissement, le traumatisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En étudiant l'anatomie pathologique de l'appendicite, il est utile de parler aussi d'autres lésions plus ou moins éloignées de l'appendice qui, fréquemment, la compliquent et sont consécutives à elle. Nous étudierons les quatre ordres de lésions suivantes : 1^o les lésions de l'appendicite ; 2^o les lésions péri-appendiculaires ; 3^o les lésions à distance ; 4^o la péritonite généralisée.

I. — LÉSIONS DE L'APPENDICITE

Prenons d'abord les lésions de l'appendice et commençons par les lésions macroscopiques. Suivant les cas l'appendice est violacé, doublé de volume, allongé, induré, suppuré, fluctuant, gangrené, perforé, non perforé, calculeux, non calculeux, tordu, coudé, enroulé autour de son meso, étranglé par une bride. Le canal est rétréci ou oblitéré sur un ou plusieurs points de son trajet, quelquefois le canal reprend sa perméabilité quoique le processus infectieux continue son

évolution. Les cavités closes qui résultent de l'obstruction du canal appendicitaire ont des formes et des dimensions variables. Tantôt la cavité close est petite et conserve la forme et la dimension du segment du canal oblitéré, tantôt elle prend de si grandes proportions qu'elle donne à l'appendice la forme d'un fuseau, d'une cerise, d'une massue, d'une poire.

La cavité close contient un liquide parfois peu abondant, muco-purulent, stercoral, sanieux, sanguinolant. Elle peut se transformer en un kyste à liquide inoffensif.

Les lésions istologiques de l'appendicite sont très intéressantes. Pour les décrire, nous ne pouvons mieux faire que suivre l'exemple de M. Dieulafoy, prendre l'appendice enlevé par M. Routier, chez un enfant de douze ans, chez lequel l'appendicite était survenue brusquement et avait provoqué à bref délai une péritonite purulente généralisée; c'était un type d'appendicite par cavité close, l'appendice n'était pas perforé, le canal présentait un rétrécissement et une obstruction à son tiers inférieur et toute sa partie sous-jacente à l'obstruction était transformée en cavité close. Voici les lésions que présentait cet appendice.

a) Au-dessus du rétrécissement, la paroi a conservé sa structure normale. Les glandes de Lieberkühn sont très distinctes, les follicules clos bien isolés. Seules, les veines étaient un peu congestionnées et le péritoine présentait un peu d'épaississement.

b) Au niveau même du rétrécissement, la lumière du canal appendiculaire a disparu. Le centre de l'appendice est occupé par du tissu inflammatoire à structure fibreuse dans lequel on aperçoit quelques culs-de-sacs glandulaires isolés

les unes des autres, irréguliers, quelques-uns sont dilatés et transformés en petits kystes, c'est tout ce qui reste des glandes de Lieberkühn. Les follicules clos ne sont pas distincts, ils sont confondus avec le tissu inflammatoire.

La couche musculaire circulaire est augmentée d'épaisseur.

Les faisceaux de fibres musculaires lisses sont par places dissociés par le tissu inflammatoire. La couche longitudinale présente les mêmes lésions, mais moins marquées. Le péritoine est épaissi et a une structure fibreuse.

c) A peu de distance au-dessous du rétrécissement, la lumière du canal reparait, mais sous forme de fente étoilée. Les glandes sont déformées ; leurs culs-de-sac sont séparés par le tissu inflammatoire qui offre par places une structure embryonnaire lymphoïde, et par places, fibreuse. La couche sous-muqueuse est épaissie. Les couches musculaires et péritonéale présentent les mêmes lésions que plus haut.

d) Au niveau de la portion dilatée en ampoule, la portion de la muqueuse persiste encore, mais sa partie superficielle est ulcérée. On ne voit plus que le fond des glandes. La couche sous-jacente est très épaissie ; elle a une structure lymphoïde et est congestionnée. Quelques-unes de ses artérioles ont des parois épaisses. Les couches musculaires lisses ont des faisceaux dissociés par le tissu lymphoïde. Le péritoine est très épais, fibreux, la couche sous péritonéale est congestionnée.

Examen microbiologique. — a) Dans la position dilatée de l'appendice on trouve sur les coupes de nombreuses colonies de coli-bacille. les unes dans le fond des culs-de-sac des glandes de Lieberkühn, les autres dans la paroi elle-

même de l'appendice. Elles sont surtout nombreuses dans le tissu symphoïde sous-jacent à la muqueuse. Elles sont formées par l'agglomération du coli-bacille, tassées les unes sur les autres, ce qui montre du reste que le coli-bacille cultive et colonise sur place. A la périphérie on voit des colibacilles isolés, on en voit aussi quelques-uns loin des colonies. On en trouve aussi des colonies dans le tissu symphoïde qui dissocie les fibres lisses. On en trouve aussi dans les couches sous-péritonéale et même très près du péritoine.

Dans la portion rétrécie on trouve aussi des colonies de coli-bacille, dans la profondeur des tissus, mais en petit nombre.

Au-dessus de la portion rétrécie on n'en trouve plus des colonies, ce qui prouve bien que l'émigration microbienne à travers les parois ne se fait que dans la région de l'appendice qui est transformée en cavité close.

II. — LÉSIONS PÉRI-APPENDICULAIRES

L'inflammation appendiculaire retentit à son voisinage, exceptionnellement le pus se forme au-dessous du péritoine, dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque; en général, c'est le péritoine qui reçoit le contre-coup de la réaction. Cette péritonite localisée coïncide très souvent avec l'appendicite; elle se présente sous deux formes : adhésive ou suppurée.

La péritonite adhésive apparaît de bonne heure : elle précède la perforation. Les anses intestinales, l'épiploon fusionné autour de l'appendice enflammé forment une barrière protectrice contre la perforation si elle venait à se produire.

La péritonite suppurée succède en général à la perforation ; elle est fréquente presque constante, puisque Sonnenburg (1), sur 80 cas n'en trouve que 4 sans suppuration. Le pus est enkysté au milieu des fausses membranes : il est fétide, il contient des matières fécales, des calculs. gaz (2), des débris d'appendice.

Le siège des abcès appendiculaires est très variable.

a) Prenons d'abord le cæcum en situation normale, c'est-à-dire dans la fosse iliaque. L'appendice occupe, par rapport au cæcum une situation variable, il est interne ou externe, ascendant ou descendant, antérieur ou postérieur (3). La perforation elle-même que précède l'abcès se fait de haut en bas, de là les variétés du siège de l'abcès iléo-cæcal.

L'abcès siège en avant, c'est le type antérieur ou iléo-inguinal de Gerster : la collection est pré-cæcale, elle est développée immédiatement en arrière de la paroi, le cæcum est en arrière.

L'abcès siège en arrière (type postérieur de Gerster).

Dans ce type le cæcum est au contact de la paroi, l'abcès en arrière de lui.

b) Comme quelquefois le cæcum peut avoir une situation anormale, c'est à-dire occuper une région autre que celle de la fosse iliaque, l'abcès aussi nécessairement occupera une autre région. Ces variations de situations, s'observent surtout chez les enfants (4).

1. Sonnenburg. Loco cit.

2. Gerster. New-York méd., I, 15 juillet 1890.

3. Laffargue. Loco cit.

4. Legueu. La situation du cæcum chez l'enfant, Bull. de la Société anat. 1891.

Si le cæcum est à l'ombilic, l'abcès se présentera comme un phlegmon péri ou sous-ombilical. Si le cæcum est au-devant du rein, on trouvera un abcès pré-rénal. Dans le cas où le cæcum est au petit bassin, ça sera un abcès pelvien. Si le cæcum se trouve hernié, l'abcès aura un siège variable avec la nature de la hernie et se présentera comme un phlegmon herniaire (1).

Quel que soit le siège de ces abcès ils peuvent s'ouvrir dans le péritoine et provoquer une péritonite ou dans un viscère voisin, comme l'abcès communique le plus souvent avec l'appendice il en résultera des fistules pyo-stercorales.

Dans quelques cas des suppurations se développent à distance, et sans qu'il y ait entre elles et l'appendice une relation de continuité.

III. — LÉSIONS A DISTANCE

Les abcès péri-appendiculaires se propagent parfois surtout lorsqu'ils siègent dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, au canal inguinal, s'étendent dans le bassin, dans l'hypochondre.

Mais d'autres suppurations peuvent avoir lieu dans la fosse iliaque, c'est ce qu'il appelait de Schuchart, les paratyphlites dans lesquels il n'y a pas de continuité avec le foyer appendiculaire. D'autres fois, la suppuration secon-

1. Carnois. Les hernies du cæcum compliquées d'appendicite, thèse de Lyon, 1894; — Monks. Bort. méd. and surg I., juin 1890; — Gangolphe. Lyon médical 1892; — Sauvage. Th. de Paris, 1894; — Albi. Th. de Paris, 1894; — Bariety. Des hernies de l'appendice cæcal compliquées d'appendicite, Thèse de Paris, 1895, n° 276.

daire se fait loin de l'appendice et de la fosse iliaque (1).

Dans la paroi abdominale, les abcès se forment dans la région costale inférieure, dans la fosse iliaque gauche, dans la cavité de Retzius, en haut, au-dessus de l'ombilic dans la gaine des muscles droits.

Ici, nous devons parler des foyers péritonéaux secondaires, qui semblent n'avoir aucune connexion avec le foyer initial; ce sont des foyers à distance (Tuffier). Ces abcès sont dûs à des migrations microbiennes transportées loin du lieu d'origine. Ces abcès tantôt existent au moment où on pratique la laparotomie pour combattre les accidents appendiculo-péritonéaux, tantôt ces abcès secondaires à distance n'apparaissent que huit, dix, quinze jours, vingt jours après la guérison du foyer appendiculo-péritonéal. Ces abcès siègent en général à la partie la plus interne et inférieure de la région cæcale, tout près de la vessie. Routier a rapporté quatre observations concernant ces abcès secondaires à évolution tardive. Voici l'évolution des accidents: Le malade a été opéré et tout va bien, les accidents ont cessé, il semble que la guérison soit assurée, lorsque de nouveaux symptômes alarmants apparaissent; tantôt les symptômes indiquent franchement la formation d'un nouvel abcès péritonéal, tantôt les symptômes revêtent une allure qui simule la granulie, la méningite, et l'abcès se développe dans une région quelconque, derrière le cæcum, derrière le côlon transverse (Jalaguier), derrière l'estomac, dans la fosse iliaque gauche (Monod), etc.

1. Piard. Des suppurations à distance dans l'appendicite, Thèse de Paris, 1896.

Disons encore quelques mots des perforations secondaires de l'intestin. On trouve quelquefois des plaques violacées, noirâtres, gangreneuses au niveau du cæcum et du côlon ; toutes ces lésions passent souvent inaperçues pendant l'opération. Le malade a donc été opéré de son appendicite péritonite, tout danger paraît éloigné, et voilà que le malade se met à rendre des gaz et des matières fécales par la plaie ; c'est une perforation intestinale secondaire qui s'est effectuée avec ses conséquences.

Les abcès du foie d'origine appendiculaire signalés par Ashby (1), Gendrin (2), ont été étudiés par Achard (3), Berthelin (4). Ces abcès sont plus fréquents dans les appendicites subaiguës et chroniques, mais les lésions inflammatoires de l'appendicite peuvent donner naissance, comme les appendicites perforantes. Ces abcès sont aréolaires, multifolés. La veine-porte est trombosée dans son tronc en ramifications. La pleurésie purulente d'origine appendiculaire n'est pas rare. Wolbrecht l'a trouvée 38 fois sur 100 cas ; en général, elle est unilatérale et siège à droite. Cette pleurésie purulente peut être consécutive à un abcès sous-pleural ou à une perforation du diaphragme au cours d'une péritonite suppurée ; d'autres fois, elle est la conséquence d'une infection à distance transmise par les lymphatiques.

On a observé encore des abcès dans le poumon (Legg), dans la parotide (Achard, Routier, Vaussy, Roux), dans le cerveau (Mac-Clellan, Roux), dans la rate (Oppenheimer),

1. *Lancet*, 1^{er} novembre 1879.

2. Gendrin. De la Péritonite suppurée, thèse de Paris, 1853.

3. Achard, Soc. méd. des Hôpitaux, 16 nov. 1894.

4. Berthelin, thèse de Paris, 1895.

dans le rein (Watier), dans l'endocarde (Schwartz, Tuffier, Achard (1). A l'examen bactériologique, on a trouvé dans ces abcès soit le coli-bacille, soit le streptocoque, soit les deux à la fois.

Ces suppurations à distance se divisent en deux classes, au point de vue de leur pathogénie : les unes sont voisines de l'appendice sans lui être contiguës ; entre elles et l'appendice existent des adhérences, ainsi se présentent les phlegmons iliaques à distance, les abcès pariétaux, les abcès péritonéaux éloignés. Ils résultent du transport de l'infection à distance par l'intermédiaire des lymphatiques nouvellement formées au niveau des adhérences anormales. Les autres suppurations, les abcès éloignés, les abcès viscéraux résultent du transport par la voie lymphatique ou veineuse des éléments puisés par ces vaisseaux au foyer primitif de l'infection, à l'appendice.

IV. — PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

La péritonite généralisée est une complication fréquente de l'appendicite. Elle peut se produire de deux façons, soit à la suite d'une perforation de l'appendice ou d'un abcès péri appendiculaire, soit par propagation sans qu'il y ait perforation. Poncet (2).

On retrouve dans le péritoine, dans le pus, les mêmes microbes que dans l'appendice, c'est-à-dire coli-bacilles,

1. Soc. méd. des Hôpitaux, 1895.

2. Poncet, Acad. de Méd., 1892, et Margery, thèse de Lyon, 1892.

streptocoque, quelquefois en même temps des microcoques staphylocoques.

La péritonite se présente sous plusieurs formes :

1. *La péritonite septique diffuse* (intoxication péritonéale de Jalaguier (1), septicémie péritonéale de Mickuliez) ne présente pas des lésions, car celles-ci n'ont pas le temps de se produire. Quand on trouve le péritoine, on trouve seulement un liquide sanieux, fétide, louche ; les anses intestinales sont distendues, congestionnées par de fausses membranes.

2. *La péritonite purulente généralisée* est caractérisée par une quantité plus ou moins considérable de pus dans la cavité péritonéale.

Cette suppuration peut être diffuse ou, quoique généralisée, enkystée en foyers multiples.

3. *La péritonite suppurée sans adhérences* (2) est caractérisée par la présence du pus dans toutes les régions de l'abdomen sans adhérences pour les kystes. Le pus est brunâtre, fétide ; à la partie supérieure de la cavité, il est plus net, plus phlegmoneux au fur et à mesure qu'on se rapproche davantage de la région cæcale. Mac-Burnay (3), Rottier ont trouvé du pus laiteux dans le bassin. D'après M. Jalaguier, dans cette forme de péritonite, on trouve le pus réuni en deux ou trois foyers.

Enfin, la péritonite généralisée et suppurée avec adhérences est caractérisée par des adhérences solides cloison-

1. Jalaguier, Soc. de Chir., juil. 1895, et Merc. méd., 1895, p. 374.

2. Soc. chir., 1895.

3. Méd. record., 30 mars 1895, t. I, p. 385.

nant la cavité péritonéale et circonscrivant les suppurations en des foyers multiples.

Symptômes (d'après M. Dieulafoy). — Début de l'appendicite. L'appendicite a quelquefois un début bruyant, fébrile, très douloureux ; d'autres fois et le plus souvent son début est insidieux, presque apyrétique ; on peut enfin observer entre ces deux débuts des intermédiaires. D'habitude, les choses se passent de la manière suivante : Après un ou deux jours d'anorexie, de constipation, quelquefois de diarrhée, le malade éprouve une sensation de pesanteur, de gonflement, de tension, de douleur dans la fosse iliaque droite ; parfois, en même temps il y a des nausées, des vomissements. La fièvre est nulle ou insignifiante.

Dans d'autres cas la douleur de l'appendicite éclate brusquement, presque sans prodromes, elle est le symptôme dominant, elle devient très intense en peu de temps. Localisée d'abord à la fosse iliaque droite, elle s'irradie en différentes directions. La fièvre atteint 38 degrés ou au-delà. Les vomissements, surtout bilieux, sont fréquents.

Le plus souvent, la douleur appendiculaire a son maximum en une région qui siège au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. C'est le point de Mac Burnay, et par une pression méthodique on peut arriver à provoquer, à exalter la douleur dans la zone appendiculaire, même quand les douleurs s'irradient en d'autres points. En palpant, on remarque aussi que le muscle sous-jacent se contracte au niveau de la zone appendiculaire plus qu'en d'autres points, il se défend, il est plus dur, plus tendre, plus contracturé. C'est ce que M. Dieulafoy appelle la défense musculaire. Consigné au même niveau, on peut

constater aussi, une hypéresthésie. Si on frotte avec le doigt légèrement la peau de ce point, on constate cette hypéresthésie qui n'existe pas ailleurs. Quelquefois en provoquant cette hypéresthésie, on détermine des crampes très douloureuses.

Tout ce cortège de symptômes du début, nous pouvons l'appeler, comme le fait M. Dieulafoy, attaque appendiculaire.

Évolution de l'appendicite. — Très souvent, après deux ou trois jours, pendant lesquels existent des symptômes plus ou moins douloureux, des troubles digestifs plus ou moins accusés, une fièvre modérée, le calme revient, la constipation disparaît, la fosse iliaque est moins sensible, le plan musculaire se défend moins, l'hypéresthésie disparaît, le malade guérit de son attaque appendiculaire.

Dans d'autres cas, l'attaque de l'appendicite est plus sérieuse. La douleur de la fosse iliaque droite est beaucoup plus intense, ou persiste plus. Sa tension, les battements de l'abdomen sont plus généralisés, il y a des vomissements plus fréquents, peu à peu tout rentre dans l'ordre, mais la convalescence est lente, le sujet conserve pendant longtemps le souvenir de son appendicite dans la fosse iliaque, il est constipé et s'il se décide plus tard, à se faire opérer. On constate des adhérences de la péritonite péri-appendiculaire, un appendice déformé volumineux, un abcès enkysté et parfois une perforation qui commence à se faire. Les accidents étaient imminents.

Il est des cas qui ne sont pas rares où les lésions de l'appendice sont de nature gangreneuse et évoluent avec une grande rapidité. Dans ces cas l'appendicite s'annonce au mi-

lieu de symptômes fébriles et douloureux que rien ne calme, l'appendice est névrosé, le malade succombe avec ou sans opération, et il succombe pour ne pas avoir été opéré, où pour avoir été opéré trop tard. M. Dieulafoy, a observé deux faits de ce genre, et qu'il publie dans son dernier Manuel de Pathologie interne, de 1897. Dans le premier fait, il s'agissait d'un enfant de onze ans, pris brusquement d'appendicite fébrile et douloureuse, il voit l'enfant avec MM. Landowski et Routier, et se décident immédiatement à l'opération, qui fut faite dans le courant du troisième jour. Mais malgré la précocité de l'opération, l'appendice était déjà gangrené et le péritoine contenait du pus. L'enfant se guérit, mais il n'en aurait pas été de même si l'opération eût été retardée encore d'un jour.

Dans le second fait, il s'agissait d'une jeune fille de douze ans, qui ne put être opérée qu'au sixième jour, l'appendice était gangrené, et bien que l'opération eut empêché tout danger et une péritonite, elle a succombé à une infection secondaire du foie.

Dans quelques cas, le début de l'appendicite paraît bénin, la douleur n'a pas été très vive. La fièvre est modérée et on croirait à une appendicite de moyenne intensité. Le malade se plaint seulement de troubles digestifs : il a de l'anorexie, de la constipation, des nausées, il se croit atteint de troubles gastriques ou d'une indigestion gastro-intestinale. Trois, quatre ou cinq jours se passent sans incidents nouveaux, la fièvre est nulle, et on croirait à une simple indisposition. Mais le ventre se ballonne, la douleur localisée d'abord à la fosse iliaque droite, se généralise, il y a des vomissements tenaces, la constipation est absolue, la température

oscille autour de 38°, dépasse rarement 39° mais s'abaisse parfois autour de 37°. Le pouls est petit, rapide et fuyant, le faciès s'altère, la péritonite est évidente. Le liquide s'accumule dans le péritoine. La température s'abaisse, un hoquet apparaît, et le malade tombe dans le colapsus, se refroidit et meurt.

Parfois les accidents péritonéaux sont très précoces, et marchent très vite, avec ou sans perforation de l'appendice. la péritonite est si septique, que si l'opération n'a lieu assez vite, le malade succombe au troisième ou quatrième jour. Dans ce cas, on trouve à l'opération ou à l'autopsie, une septicémie péritonéale suraiguë avec quelques adhérences et une petite quantité de liquide d'une couleur roussâtre doué d'une extrême virulence. M. Dieulafoy a observé un fait de ce genre, qu'il publie dans son Manuel de 1897. Il a été appelé dans une famille pour une dame de soixante-douze ans, qui avait été prise pendant la nuit de vives douleurs dans le ventre. L'avant-veille elle avait été chez son dentiste et la veille se sentait très bien portante. M. Dieulafoy l'examine le matin et constate que les douleurs avaient leur maximum d'intensité à la zone appendiculaire, la température était normale, mais le pouls petit et le faciès grippé. M. Dieulafoy se décide à l'opération, et voyant M. Routier, à l'hôpital Necker, lui offre de la faire. Dans la journée, ils sont allés voir la malade; la température montait à 38°5, le pouls n'était pas bon, la fosse iliaque était douloureuse, empâtée, et cependant le début des accidents semblait ne remonter qu'à 24 heures. L'opération fut faite le soir même, fort heureusement, car la malade était déjà en pleine septicémie péritonéale, l'appendice était violacé et

turgide. La malade, âgée de soixante-douze ans, a complètement guéri. Mais si on avait attendu le lendemain pour décider l'opération, la dame aurait succombé.

Dans quelques cas rares, la gravité du mal ne vient pas de la gangrène ou de la perforation de l'appendice, elle ne vient pas seulement des complications péritonéales, elle vient surtout de l'infusion appendiculaire elle-même. M. Dieulafoy a étudié l'appendice d'une jeune fille qui lui avait été adressée par M. Routier. Cet appendice était très long, très volumineux, très dur comme en érection, contenait deux calculs, et c'était au-dessus des calculs libres dans la cavité close que le canal appendiculaire avait été obstrué par la tuméfaction des parois de l'appendice. Le coli-bacille et le streptocoque étaient les agents virulents de cette cavité close. Il n'y avait ni usuration, ni gangrène, ni perforation de l'appendice. Voici l'observation telle que Routier l'a donnée à M. Dieulafoy. Après deux ou trois jours de malaise, une jeune enfant de onze ans tombe malade le samedi matin, elle a des nausées, de la diarrhée verte et des douleurs dans le côté droit du ventre. On pense à une appendicite et on ordonne de la glace sur le ventre et de l'opium; dans la nuit surviennent des vomissements. Dès le lendemain matin dimanche, la langue est sèche, rôtie, le visage est anxieux, le ventre très ballonné, le pouls est à 120, la température, peu élevée est à 38° 5. Ce même dimanche matin, Routier voit la petite malade, à onze heures. Il trouve la situation très alarmante; tous les symptômes se sont accentués, et il porte le diagnostic de péritonite généralisée, consécutive à une appendicite perforée. Il pratique l'opération à midi et, à sa grande surprise, il ne constate que quelques traces de

péritonite; la péritonite n'est qu'à l'état d'ébauche; mais l'appendice est énorme: « il a trois fois son volume normal, il est dur comme du bois, il n'est ni gangrené, ni perforé. » Après l'opération, une détente se produit, les vomissements cessent, le pouls se relève. Mais cette amélioration est de courte durée, car l'infection et l'intoxication étaient déjà généralisées, elles avaient fait leur œuvre, et vingt-quatre heures plus tard, malgré la cessation des accidents péritonéaux, l'enfant succombait dans le collapsus empoisonné par les produits virulents de la cavité close. Voilà donc l'épreuve que dans l'appendicite ce n'est pas seulement la gangrène et la perforation qui sont à redouter, ce n'est pas seulement la péritonite qui est à craindre, c'est encore l'infection appendiculaire elle-même. C'est dire que l'appendicite n'est pas seulement une lésion infectieuse, elle est infectante et intoxicante (microbes et toxines). Dès que la cavité close est constituée, l'appendicite peut avoir par elle-même une part considérable dans les accidents.

D'après M. Talamon, la péritonite succède toujours à la rupture de l'appendice; mais plusieurs cas nous montrent que la péritonite, soit généralisée, soit localisée existait sans que l'appendice malade eut été perforé (1). Nous devons aussi ajouter à l'inverse de la théorie de Talamon qui croit qu'il y a deux périodes bien distinctes dans l'appendicite, l'une appelée période de coliques, l'autre phase péritonique.

(1). Monod. — Contribution à l'étude des appendicites. Bulletin de la Société de Chirurgie 1895, p. 497. — Regnier. Appendicite avec appendice perforé. Séance de la Société de Chirurgie du 4 mars 1896. Presse médicale 1896, n° 20, p. XCVIII.

Qu'il est souvent impossible de savoir à quel moment les accidents péritonéaux font suite aux symptômes appendiculaires. Ces symptômes et accidents furent pour ainsi dire fusionnés et subintrants; les douleurs, les vomissements alimentaires et bilieux, l'état de la fièvre et du pouls, la constipation, le tympanisme abdominal, tous ces signes peuvent exister avec ou sans participation de péritoine, et il est très difficile, dans bien des cas, de savoir à quel moment la péritonite s'est déclarée.

Quant à l'appendicite chronique, elle se présente avec des allures essentiellement variables : les douleurs intermittentes ou continues dans la fosse iliaque se caractérisent en général, mais ces douleurs ne sont pas assez vives et le malade peut vaquer à ses occupations. Il n'y a pas des phénomènes généraux, pas de fièvre, pas de troubles digestifs. Même les douleurs peuvent quelquefois manquer, malgré la persistance des lésions qui sont susceptibles de se réveiller un jour. Quand il n'y a pas eu de suppuration et destruction de l'appendice, on ne peut jamais affirmer que la maladie est complètement guérie. Un jour, brusquement, une nouvelle attaque se produit, c'est une récurrence d'appendicite et celle-ci peut affecter une allure très rapide et foudroyante.

Au point de vue de la marche, l'appendicite est suraiguë, aiguë, subaiguë ou chronique, mais à chaque étape l'affection peut brusquement changer d'allure et s'il y a des formes graves et des formes bénignes, il est impossible, quand une appendicite commence, de savoir quelles surprises sont réservées (Dieulafoy). Le pronostic doit donc être toujours très sombre et la possibilité d'une péritonite généralisée doit toujours être présente à l'esprit.

Puisque nous venons de parler de sa symptomatologie, il est absolument nécessaire de parler aussi des symptômes de l'infection hépatique, c'est-à-dire des abcès aléatoires du foie, consécutive à l'appendicite. Voici comment se déroulent les accidents de cette infection. Le malade a été atteint d'appendicite ; quelle fut légère ou grave, peu importe, parfois même l'opération a été faite et le malade est en convalescence. Mais voilà les grands accès de fièvre qui ouvrent la scène, accès violents, avec frisson, température à 40 degrés et transpirations abondantes, les accès reparaissent tous les jours et même quelquefois plusieurs fois dans la même journée. Entre les accès, il n'y a pas de fièvre (fièvre intermittente) où l'apyrexie est incomplète (fièvre rémittente) En même temps que la fièvre, il y a d'autres symptômes : des nausées, une intolérance de l'estomac, des vomissements, une douleur plus ou moins vive qui siège à l'hypocondre ou à l'épigastre. Tous ces symptômes sont suivis de la tuméfaction rapide du foie, tuméfaction quelquefois énorme. Les dimensions du foie sont indiquées par le palper et la percussion. La rate reste normale, il y a de la diarrhée ; dans d'autres cas, il y a de la constipation. L'ictère est très tardif et plus ou moins accusé. Les symptômes généraux sont ceux d'un état typhique. Le pouls est très accéléré, les accès de fièvre persistent pendant une ou deux semaines, quelquefois il y a une sorte de rémission ; et enfin le malade succombe dans l'adynamie, dans le collapsus, dans un état syncopal ou avec des symptômes d'ictère grave (hémorrhagies multiples, albuminurie assurée).

Diagnostic. — Le diagnostic de l'appendicite n'est pas toujours facile à établir dans les premières heures de l'affec-

tion ; on peut confondre souvent l'appendicite avec les coliques néphrétiques, avec les coliques hépatiques. Mais dans les coliques néphrétiques, le début est plus brutal que dans l'appendicite, dans les coliques néphrétiques, la fièvre est nulle, les douleurs sont d'emblée beaucoup plus vives, le siège de ces douleurs est différent, la douleur lombaire et la rétraction testiculaire aident beaucoup au diagnostic. Dans la colique hépatique, le début est également plus brutal que dans l'appendicite ; la douleur atteint très vite son apogée, elle remonte vers l'épaule, la vésicule biliaire est douloureuse à la pression ; les vomissements sont plus hatifs que dans l'appendicite, les urines contiennent très vite des pigments biliaires. Pourtant, il y a des cas de diagnostic très difficiles ; c'est, d'une part, lorsque l'appendicite se déclare sur un appendice à type ascendant, un appendice qui remonte très haut derrière le côlon. En pareil cas, les symptômes douloureux spontanés et provoqués siègent à la région hépatique. C'est, d'autre part, lorsque les douleurs sont dues à une chose cystite avec abaissement de la vésicule. Dans ce cas, les douleurs siègent à la région appendiculaire.

Nous rappelons que dans l'appendicite, la douleur a son maximum en une région qui siège au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure (point de Mac Burnay) ; qu'au même niveau, on observe la défense musculaire, et l'hypéresthésie. Tous ces signes dont le maximum siège dans la fosse iliaque, permettent de différencier les symptômes douloureux de l'appendicite, des symptômes douloureux de la colique hépatique et de la colique néphrétique.

Il faut aussi faire le diagnostic avec les coliques provo-

quées par les débâcles de sable intestinal. En pareil cas, les douleurs ne se localisent pas à la région appendiculaire, elles accompagnent généralement la colique glaireuse ou membraneuse et elles sont suivies de l'expulsion de sable intestinal.

La cause la plus fréquente d'erreur est celle qui consiste chez la femme à prendre l'appendicite pour une salpingyte ou la salpingyte pour une appendicite.

Ce sont les relations anatomiques entre les trompes et l'appendice, le retentissement à distance des douleurs salpingiennes, la douleur iliaque de la salpingyte, la cause d'erreur, qu'on peut cependant éviter en pratiquant l'exploration des annexes, en même temps que l'exploration de la fosse iliaque.

On ne doit pas non plus confondre l'appendicite à son début avec l'ovarite des hystériques.

Quant au diagnostic de la forme de l'appendicite, on le fait d'après les symptômes dont nous avons parlé plus haut.

TRAITEMENT

Le traitement de l'appendicite varie suivant l'époque à laquelle on est appelé, et suivant la nature des accidents. Il y a quatre conditions dans lesquelles on est appelé à traiter une appendicite suivant qu'il y a : 1° *péritonite généralisée*; 2° *abcès localisé*; 3° *appendicite simple sans péritonite ni tuméfaction*; 4° *appendicite chronique*.

I. — PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

Il y a deux indications : ouvrir le ventre pour laver et désinfecter la séreuse péritonéale, drainer le foyer de suppuration péri-cæcale; traiter en même temps l'infection générale, par des injections massives de solutions salines dans les veines.

Laparotomie. — L'opération doit être hâtive, les chances de guérison étant plus grandes, opérant à une époque plus rapprochée du début des accidents.

Si l'état général est très gravement compromis, les extrémités déjà refroidies, il faut pratiquer de suite des injections de serum au cours même de l'opération en même temps qu'on ranime et réchauffe le malade au moyen des linges chauds, de bouteilles d'eau bouillante. Pour le manuel opératoire, nous prenons celui du Dr F. Legueu (1). Le voici : Quand la péritonite est évidente, mais quand l'origine appendiculaire de cette péritonite n'est pas prouvée et reste douteuse, on incise d'abord sur la ligne médiane, et une fois l'appendicite reconnue on fait une incision complémentaire sur le trajet du cæcum. Au contraire lorsque l'appendicite ne fait pas de doute, mais que la péritonite n'est pas absolument confirmée, on incise d'abord à droite, et on complète plus tard l'opération, s'il y a lieu, par une incision sous-pubienne. Les anses intestinales sont distendues, elles sont en contact intime avec la paroi : l'incision doit être faite prudemment ; ses dimensions atteignent au moins dix centimètres.

Le péritoine est ouvert, du pus louche et fétide s'écoule ; les anses intestinales paraissent agglutinées par des fausses membranes. La main va à la recherche du cæcum, constate la tuméfaction, et sur la face iliaque une incision complémentaire permet à la fois d'atteindre plus aisément le foyer péri-cæcal et l'appendice est réséqué, s'il est accessible ; le foyer est seulement évacué et drainé, si l'appendice est introuvable.

Quant à la désinfection de la séreuse on la réalise au moyen du lavage. Certains chirurgiens comme Polaillon,

1. Legueu. De l'appendicite, 1897, p. 30.

Poncet (1) lui reprochent des accidents : qu'il diffuse l'infection qu'il détache des adhérences, qu'il produit enfin des syncopes. Mais si les adhérences font défaut, l'infection a déjà fait son œuvre avant le lavage ; si les adhérences sont établies, il est très difficile de les détacher, à moins de faire un lavage à très haute pression. Les partisans du lavage sont nombreux, tels M. Cordier (2), Hadra, Barling, P. Gould, Berger (3), Jalaguier (4), Delbet (5), Legueu (6), nous le conseillons donc. Si le liquide ne rencontre pas d'adhérences, il diffuse donc toute la cavité abdominale, comme Delbet l'a démontré et il entraîne en s'évacuant le pus, les sécrétions, les microbes, les toxines. Avec le lavage on obtient une désinfection plus grande qu'avec des éponges et compresses.

Pour le lavage on peut se servir comme le fait Legueu de la solution de sérum artificiel, c'est-à-dire d'eau bouillie contenant sept grammes par litre de chlorure de sodium. On dirige le lavage d'abord dans le cul-de-sac de Douglas d'où après diffusion revient par les incisions de la paroi ; enfin on promène la canule dans d'autres directions, surtout si on suppose qu'il y a du pus. S'il y a des adhérences, on les dissocie comme le font Mickuliez (7), Nelaton,

1. Rev. de ch., 1892.
2. Cordier. The Am. J. of. obst., 1895, t. II. p. 571.
3. Berger. Soc. de chir., juil. 1895.
4. Jalaguier. Loco cit.
5. Delbet. Le lavage du péritoine, Ann. de gynéc., 1889, t. XXXII, p. 168.
6. Legueu. De l'appendicite, 1897, p. 30.
7. Mickuliez. Méd. méd., 1889, n° 20.

Jalaguier qui recommandent de ne pas laisser une poche non ouverte. Après le lavage on fait le drainage, soit avec des tubes, soit un drainage capillaire à la gaze. On doit mettre plusieurs drains dans diverses directions (1). On les isole des intestins et de la cavité péritonéale par des mèches de gaze iodoformée. On ferme la plaie en partie par quatre points de suture faits avec de la soie et qui comprennent toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Si le malade va bien, on ne fait ni pansement ni lavage. On enlève les mèches au bout de douze jours, mais les tubes doivent rester plus longtemps en place.

La paralysie intestinale consécutive à la péritonite qui aggrave les accidents sera traitée par les injections rectales, les lavements, les purgatifs.

Ajoutons que quelques chirurgiens américains ont proposé d'ajouter à la laparotomie dans le traitement des péritonites par perforation l'anus contre nature. Henrotin (2), Marsh (3), Hadra (4), ont observé quelques cas de péritonites dans le cours desquelles la production spontanée ou artificielle d'une fistule intestinale a apporté une amélioration. Malgré ses succès, malgré l'avis favorable exprimé par Cruppis, Dorau, Hulke, Lockwood (5), Thojuton, Sheild, nous trouvons cette proposition comme dangereuse.

Le résultat de la laparotomie dans les péritonites diffuses

1. Berger. Loco cit.

2. Henrotin, *Ouvr.*, I. of obs., août 1893, t. XXVIII, p. 199.

3. Marsh, *The Lancet*, 1894.

4. Hadra, loco cit.

5. Lockwood, *Royal med and et. soc.*, 23 oct. 1894; *The Lancet*, t. II, p. 975.

et généralisées est le suivant : Jalaguier a obtenu 4 succès sur 22 cas. Quenu 1 succès sur 2 cas. Legueu 1 sur 6 cas. Schwartz 1 succès sur 5 cas. Mac Burnay 14 succès sur 24 cas. Richardon 9 sur 32 (1). Malgré ce petit nombre de succès, et bien que d'autres chirurgiens comme Routier, Brun, Sonnenburg (2), ont eu des insuccès, nous conseillons la laparotomie, puisque faite avec l'antisepsie absolue n'aggrave pas les accidents, au contraire, il y a des guérisons.

La plupart de péritonites guéries par la laparotomie, étaient des péritonites diffuses avec adhérences, ou a foyers péritonéaux multiples. C'est ce qu'affirme Jalaguier (3). Les péritonites à grands foyers enkystés, à foyers occupant le tiers ou la moitié abdominale sont encore favorables à l'intervention.

Quant à la péritonite décrite par Jalaguier, sous le nom de péritonite septique diffuse proprement dite, d'intoxication péritonéale, voilà ce que dit Jalaguier « qu'il faut s'abstenir de toute intervention, quand on la diagnostique avec certitude et quand on n'est pas appelé très peu d'heure après le début.

Mais comme il est difficile de reconnaître cette dernière forme, nous pensons qu'il est nécessaire d'intervenir dans tous les cas et le plus tôt possible « tout de suite dit Legueu (4), une laparotomie médiane et compléter à droite et à gauche par des incisions complémentaires dans les fosses

1. Gillwylve, Bull. méd., 26 mars 1890.

2. Houze, De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée, Thèse de Paris, 1896, p. 88.

3. Jalaguier, Merc. méd., 1895, n° 32, p. 375.

4. Lequeu, De l'appendicite, 1897, p. 33.

iliaques. S'il y a de l'empâtement à droite, commencer d'abord à inciser à ce niveau pour assurer que la localisation n'est qu'apparente, que les adhérences font défaut et que la séreuse non protégée a été contaminée. Compléter alors l'intervention par une laparotomie médiane suivie du lavage et du drainage.

Les contre-indications à l'opération seraient celles tirées d'un état général très grave où la mort serait imminente.

Il ne faut oublier d'ajouter à la laparotomie, les injections salines dans les veines. On introduit lentement de 1.500 à 2.000 grammes d'une solution contenant 7 grammes de chlorure de sodium par litre d'eau. Les injections sont répétées deux ou trois fois par jour.

2. — APPENDICITE SUPPURÉE (SUPPURATION OU ADHÉRENCE

Lorsqu'il y a une tuméfaction localisée dans la fosse iliaque, il faut intervenir. Dans ce cas médecins et chirurgiens sont d'accord.

Sur le point central de la tuméfaction, en général, dans la fosse iliaque, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope on fait une incision de 8 à 10 centimètres, parallèlement à cette arcade et dépassant un peu l'épine iliaque antéro-supérieure. Au fur et à mesure qu'on approche du péritoine ; on va prudemment pour ne pas blesser l'intestin qui adhère parfois au péritoine. On ouvre donc prudemment le péritoine et si l'abcès adhère à la paroi, le pus fait jour aussitôt : mais,

dans la majorité de cas, il faut chercher l'abcès, car il n'est pas en contact avec la paroi : souvent il est en arrière et en contournant le bord inférieur du cæcum pour passer entre lui et la fosse iliaque et détachant l'adhérence, on voit le pus apparaître.

On protège le pourtour de la plaie avec des compresses de gaze, de manière à éviter de contaminer le péritoine.

Quenu se contente de mettre une mèche de gaze dans le ventre et d'attendre, quand il n'y a pas d'adhérences entre la paroi et le foyer suppuré. Le foyer suppuré s'ouvre toujours du côté du drainage.

La suppuration est presque constante, quand il y a tuméfaction, mais si les adhérences sont récentes, il arrive quelquefois que le pus ne soit pas encore collecté, et en dissociant ces adhérences on arrive sur l'appendice qui est enflammé, mais non perforé.

Tous les chirurgiens ne sont pas d'accord pour la conduite à tenir par rapport à l'appendice : les uns l'enlèvent, les autres l'abandonnent. Nous disons que l'ablation de l'appendice est indispensable, puisque c'est lui qui a donné l'infection, c'était lui la source première. Si on le laisse, il peut être l'origine d'une récurrence, ou donner lieu à une fistule. Si donc on se trouve qu'il y ait ou non suppuration, qu'il soit ou non perforé, on l'enlève.

Mais, si on ne le trouve pas? Ici, il y a des opinions opposées, des divergences. Les uns le recherchent au travers des adhérences, au milieu du foyer suppurant, ne s'arrêtant que quand ils l'ont trouvé et réséqué. Les autres se contentent quand il y a du pus, d'ouvrir l'abcès et de drainer : ils ne dissèquent l'appendice que si celui-ci se présente de lui-même,

On ne doit pas le chercher, car on pourrait en déssociant les adhérences fines infecter le péritoine. Du reste, quand il y a du pus, l'appendice est en général perforé et sphacélé, il s'élimine avec la suppuration. Une fois qu'on a évacué la collection, on y place deux drains. On isole le foyer de la cavité péritonéale, si on ne l'a pas déjà fait, avec de la gaze iodoformée. On rétrécit la plaie par quelques points de suture, et on la laisse ouverte en son milieu, pour laisser une grande issue à la suppuration.

3.— APPENDICITE AIGUE SANS TUMÉFACTION SANS PÉRITONITE.

C'est l'appendicite aiguë à son début; il y a une douleur dans la fosse iliaque droite, mais sans tuméfaction appréciable. L'état général est à peine altéré, il y a une petite élévation de température.

Dans ce cas, faut-il intervenir de suite, ou attendre quelques heures, ou même un ou deux jours?

Sur ce point, les médecins et les chirurgiens ne sont pas d'accord.

Les médecins, qui les premiers voient le début de l'appendicite, conseillent l'expectation. M. Millard, à la discussion de la Société médicale des hôpitaux, en 1894, apportait onze cas de guérison dont il s'était servi comme d'un argument contre l'intervention chirurgicale précoce et entreprenante. Seul, M. Dieulafoy dit hautement qu'il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite. Les chirurgiens

qui voient presque toujours l'appendicite à une période plus avancé, même tardive, regrettent beaucoup de ne pas avoir opéré le malade au début de sa maladie. Senn, en 1889, disait que toute appendicite, soit catarrhale, soit ulcérée, doit être opérée dès qu'on la reconnaît. Worcester (1), en 1893, préconise l'ablation immédiate de l'appendice avant toute complication résultant de sa mortification. Monod (2), en 1894, considérait que l'intervention chirurgicale est toujours indiquée et qu'elle doit être très précoce. Aujourd'hui, presque tous sont d'accord pour l'intervention chirurgicale précoce et hâtive. Mais parmi les chirurgiens qui interviennent le plus tôt possible, à outrance, il y en a qui aiment attendre dans les premières heures, les premiers jours; si la situation ne s'améliore pas, où si elle s'aggrave, ils interviennent au bout de 36 à 48 heures.

Il est vrai qu'une appendicite peut guérir sans opération. Nous avons beaucoup de cas de ce genre. Mais comme on ne peut jamais prédire l'évolution de l'appendicite, comme en voyant une appendicite à son début, on ne sait jamais si elle sera bénigne ou maligne; comme souvent il peut y avoir absence de fièvre et pourtant avoir une collection et, par conséquent, danger de péritonite, attendre, c'est exposer le malade à la suppuration ou à la péritonite par perforation; c'est l'exposer aux dangers de l'appendicite chronique (3). On regrettera peut-être d'avoir opéré trop tard, on ne regrettera jamais d'avoir opéré trop tôt. Il faut donc opérer le

1. Worcester, Bost. med. I., 1893.

2. Monod, 8^e Congrès français de Chir., Lyon, 1894, p. 206

3. Czerny, 9^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Mer. méd., 1898, p. 228.

malade dès le début de ces accidents, le plus près possible. On pourrait attendre et surveiller tout au plus pendant quelques heures une appendicite qui se trouve tout à fait à son début ne demande pas encore l'intervention chirurgicale. On hésite pour le diagnostic ; on attend quelques heures, dix au plus.

Pendant ce temps d'attente on donnera de l'opium à l'intérieur mais pas de purgatifs qui hâtent l'évolution d'une perforation, d'une péritonite qui ne semblait pas imminente.

L'intervention décidée, on fait une incision latérale dans la fosse iliaque sur le trajet du cæcum. Cette incision latérale est aujourd'hui préférée à celle qu'on faisait avant sur la ligne médiane. En général on recourt à l'incision de Roux, incision mi-partie au-dessus et mi-partie en dessous de l'épine iliaque, incision parallèle à l'arcade de Fallope. Une fois arrivé sur le péritoine on l'ouvre avec toute précaution. Les adhérences ne sont pas encore formées, ou si elles le sont, elles sont minces et faciles à dissocier. On recherche l'appendice, on le résèque tout à fait à sa base.

Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de pus on doit drainer ; pendant quelques jours on place les drains et on suture.

4. — APPENDICITE CHRONIQUE

A la suite d'une discussion soulevée en 1892 à la Société de chirurgie, on a reconnu la nécessité d'intervenir radicalement toutes les fois qu'à la suite d'une attaque d'appendicite, il persiste dans la fosse iliaque un noyau d'induration

douloureux spontanément ou à la pression, et tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour cette intervention. La raison est juste, car le malade qui est atteint d'une appendicite chronique se trouve constamment en danger. Le réveil d'une infection, est imminent. Les rechutes ne sont pas rares, et la menace d'une perforation constitue un danger permanent. On a même proposé d'opérer tous les malades qui avaient guéri sans opération d'une première attaque appendiculaire. Mais cette proposition est exagérée, car beaucoup de malades qui ont guéri à la suite d'une première attaque appendiculaire, sont restés guéris. Disons que cette proposition est défendue par les chirurgiens américains seuls.

Nous disons donc que chaque fois qu'à la suite d'une attaque appendiculaire il persiste dans la fosse iliaque un noyau d'induration douloureux, spontanément ou à la pression, ou si les attaques sont nombreuses ou s'accroissent en fréquence ou en intensité, il faut opérer, réséquer l'appendice.

L'opération doit être pratiquée à froid, c'est-à-dire dans l'intervalle de deux crises, dans un moment de trêve. Telle est l'opinion de beaucoup de chirurgiens, tels que MM. Reclus Roux, Terrier, Quenu, Sonnemburg et Preves. L'opération présente souvent des difficultés qui tiennent surtout aux adhérences contractées par l'appendicite, adhérences qui rendent difficile la découverte de l'appendice ou s'opposent à sa libération. Plusieurs chirurgiens n'ont pu trouver l'appendice perdu au milieu des adhérences, qu'il fallait disséquer pour le découvrir.

Une fois reconnu, l'appendice est isolé, dissocié des

adhérences qui l'entourent, puis on peut le lier à sa base et l'exciser ; mais cela ne suffit pas et on préfère obturer la cavité appendiculaire par le procédé dit à manchettes, comme le font Quenu, Fowler, Bruger et autres. Voici en quoi consiste ce procédé : On coupe l'appendice à sa base et on invagine la muqueuse et la couche musculaire vers le cæcum par quelques points de Lembert disposés sur la séreuse. Pozzi, Chaput et autres enchâssent dans un repli de la paroi cæcale le moignon appendiculaire simplement réséqué ou taillé en manchette. Mais, nous le répétons, le procédé à manchettes est préféré. Comme il n'y a pas de pus on ne draine pas ; on ferme complètement la paroi.

Nous devons parler aussi du nouveau procédé d'incision par la résection de l'appendice proposé récemment par Jalaguier (1). Voici comment il procède : Il incise verticalement sur la face antérieure du muscle droit, ouvre la gaine, contourne le bord externe du muscle pour ouvrir le feuillet postérieur de la gaine et le péritoine. Une fois l'opération terminée et les sutures placées à étages, le muscle reprend sa place, les incisions aponévrotiques ne correspondant plus et la paroi reste solide et ferme.

Le pronostic de l'opération est peu grave. Rummel n'a eu que 1 décès sur 54 cas. Damay (2), dans une statistique portant sur 181 cas ne note que 3 décès ; l'opération est radicale, la guérison est complète et définitive.

1. Presse médicale, 3 fév. 1897, n° 10.

2. Damay, loc. cit.

5. — COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

Parmi les accidents consécutifs éloignés au traitement chirurgical de l'appendicite, il en est deux surtout que nous devons signaler : les fistules et les hernies. Les fistules sont stercorales ou stercopurulentes ; elles s'observent assez souvent lorsque l'appendice n'a pas été réséqué ou bien quand les sutures ont lâché quoique l'appendice enlevé. En général, ces fistules s'oblitérent d'elles-mêmes au bout de deux, trois ou quatre mois, à moins qu'il ne s'agisse d'une appendicite tuberculeuse ; si elles persistent, on incise le trajet, on cherche l'appendice et on l'excise. Les hernies post-opératoires résultent du défaut de cicatrisation isolée des diverses couches, surtout de l'absence de réunion de la plaie ; on les observe surtout à la suite des appendicites suppurées, traitées par le drainage et suivies d'une suppuration prolongée et abondante. Si l'éventration est peu marquée, on place un bandage ; si elle est très marquée, on excise la cicatrice et on reconstitue plan par plan la paroi abdominale, y compris le péritoine, à l'aide d'une suture à plusieurs étages.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Duplay)

Appendicite (abcès). — Service de M. le professeur Duplay
à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame n° 4

La nommée Cat..., âgée de 18 ans, couturière, est entrée à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, salle n° 4, le 17 juin 1897.

Son père est bien portant. Sa mère est morte jeune, probablement tuberculeuse. Ses deux frères sont morts de méningite un presque au moment de sa naissance, l'autre en bas-âge.

Elle a été réglée à l'âge de treize ans et toujours normalement ; elle avait une leucorrhée abondante qui existait depuis longtemps et persistait peu à peu constante. Dans ses antécédents, on relève en outre une affection du système osseux dont on constate encore aujourd'hui l'existence et dont le début remonte à peu près à l'époque où les règles ont apparû. A ce moment, la malade ressentit une douleur très vive à la jambe droite, au niveau de l'extrémité supérieure du peroné qui devint le siège d'un gonflement notable. Elle a été conduite à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où l'on fit une ponction qui fournit seulement un peu de sang. Le traitement prescrit consista dans l'emploi pendant un an environ de l'iode et de l'iodure de potassium. Malgré une amélioration notable, le peroné est resté augmenté

de volume dans son quart supérieur, qui forme encore aujourd'hui une tuméfaction ovoïde à surface irrégulière, peu douloureuse à la pression et présentant uniformément la consistance du tissu osseux. Il s'agit là évidemment d'une ostéite de nature très probablement tuberculeuse.

Sur la jambe gauche, au niveau de son tiers supérieur et un peu en arrière du bord interne du tibia, on observe une induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, très sensible à la pression et présentant une coloration brunâtre. La malade prétend avoir toujours eu cette induration, ou plutôt il ne lui est pas possible de dire à quelle époque elle a fait son apparition. On peut considérer cette lésion comme une sorte de gomme de la peau, vraisemblablement tuberculeuse, et par conséquent de même nature que l'ostéite du péroné du côté droit.

On n'a relevé chez cette jeune fille aucun signe de syphilis héréditaire, et on ne trouve pas, en particulier, la moindre trace d'affection oculaire ou d'altérations spécifiques des dents.

En résumé donc, on doit retenir de cet examen rapide des antécédents que la malade a présenté quelques manifestations tuberculeuses, du côté du squelette et de la peau, et que chez elle la tuberculose est probablement héréditaire.

L'affection pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital paraît avoir débuté à une date très rapprochée. Cependant depuis près de quatre ans elle souffrait de troubles dyspeptiques ayant fréquemment des digestions pénibles, sans vomissements, sans diarrhée, ni constipation, et tout en conservant un appétit normal : à des rares intervalles, elle était prise, en outre, sans raison de coliques intestinales extrêmement douloureuses, survenant brusquement au milieu de la nuit. Il y a aujourd'hui quinze jours, sans cause appréciable, sans excès de fatigue, sans écart de régime, sans avoir auparavant ressenti rien de particu-

lier, sauf un léger sentiment de lassitude, la malade a été prise subitement, vers cinq heures de l'après-midi, de douleurs d'estomac assez violentes, qui, cependant, ne l'empêchèrent pas de prendre un peu de nourriture. Le lendemain, ces douleurs avaient cessé, mais elles étaient remplacées par des coliques localisées bientôt dans la fosse iliaque droite. Dès le soir, ces coliques devinrent extrêmement violentes et conservèrent la même intensité malgré une garde-robe survenue pendant la nuit. Cette garde-robe, d'ailleurs, était consistante, sans diarrhée et sans évacuation de sang. Il y eut en même temps trois vomissements bilieux, qui ne se reproduisirent pas, contrairement à ce que l'on observe habituellement dans les cas de ce genre.

Le lendemain, un lavement provoque une évacuation assez abondante, mais les douleurs de la fosse iliaque persistaient à un tel degré qu'il fallut, pour les calmer, employer des piqûres de morphine en plus de l'opium qui était administré par la bouche. On constatait, en outre, un léger état fébril, se traduisant par une température vespérale de 38°7.

Voyant que les accidents se prolongeaient sans aucune amélioration, le docteur Delacour qui soignait la malade, l'adressa à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Duplay.

Lors de son entrée la fosse iliaque droite était si sensible à la pression et les muscles de la paroi abdominale se contractaient tellement à la moindre tentative d'exploration, qu'il ne fut pas possible d'y constater l'existence d'aucune tuméfaction anormale; toutefois la percussion montra que la sonorité était normale dans toute l'étendue de l'abdomen et dans la fosse iliaque droite en particulier. On continua le traitement par l'opium institué cinq jours auparavant par M. Delacour, ainsi que les applications de glace au niveau de la fosse iliaque.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, la malade présentait une légère amélioration; les douleurs spontanées étaient moins

vives, mais la douleur à la pression persistait, empêchant encore l'exploration de la fosse iliaque. La température oscillait entre 37°8 et 37 degrés. L'emploi de la glace fut remplacé par l'application locale des résolutifs.

Vingt-quatre heures plus tard l'amélioration s'accroissait, la fièvre était tombée, les douleurs spontanées avaient presque entièrement disparu et la douleur à la pression était très amoindrie permettant une exploration plus complète, quoique encore difficile. Dans l'examen qu'on put alors pratiquer, on constate que la région iliaque droite, sans être le siège d'une tuméfaction appréciable à la vue donne à la palpation la sensation d'un empatement profond, situé au-dessus de l'arcade crurale, depuis le milieu de cette arcade jusqu'en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et dépassant vers le haut la ligne horizontale passant par cette épine. Cet empatement de forme cylindroïde, du volume d'un gros boudin, est donc dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. On sent à ce niveau de la rénitence, sans fluctuation, et la percussion donne partout de la sonorité, un peu moindre il est vrai que dans les parties avoisinantes, mais sans qu'aucun point soit nettement mat. Enfin, la douleur à la pression atteint son maximum à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade, à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes d'une ligne allant de l'épine antéro-supérieure à l'ombilic.

L'abdomen était parfaitement sonore dans tout le reste de son étendue, et on n'y trouve aucun point douloureux à la pression au dehors de la région iliaque droite. Tous les autres organes paraissent sains et leurs fonctions se font normalement. La constipation, qui sous l'influence de l'opium persistait depuis huit jours a été vaincue au neuvième jour par un grand lavement bientôt suivi de selles copieuses, ne présentant d'ailleurs rien d'anormal.

L'histoire symptomatologique de l'affection qui évoluait en

ce moment chez la malade peut donc se résumer de la façon suivante : après quelques troubles gastriques, des douleurs apparaissent subitement dans l'abdomen, se localisant rapidement dans la fosse iliaque droite, et s'accompagnent d'un malaise général, de nausées, de vomissements et de fièvre en même temps qu'à l'examen clinique on constate dans la région iliaque droite un empâtement notable.

On fit le diagnostic d'appendicite.

Chez cette malade, l'affection semblait marcher vers la résolution, au moment où on l'a vue pour la première fois, et on a différé l'intervention, préférant l'opérer à froid, dans le cas où la résolution ne se serait pas faite complètement. Douze jours plus tard la maladie paraissait au contraire être arrivée à la suppuration ; c'est alors qu'on se décide d'intervenir pour ouvrir l'abcès qui s'est formé.

Opération Cazin le 11 juin 1896. Après incision du péritoine, on trouve un abcès adhérent qui est vidé et laisse échapper une cuillerée de pus. L'appendice ne se présentant dans l'exploration de la cavité de l'abcès n'est pas recherché davantage, et l'on se borne à drainer le foyer suppuré avec une mèche de gaze iodoformée. Réunion complète le 3 juillet 1896.

Douleurs aigues l'hypochondre gauche, augmentation de température 39°.

Etat général grave.

La contraction des muscles ne permet pas un examen approfondi permettant de déterminer la tumeur que l'on sent nettement cependant à ce niveau.

Opérée le 17 juillet 1896 par M. Delbet, professeur agrégé chargé du service pendant les vacances.

Incision de la fosse iliaque gauche.

Volumineux épanchement de pus intra péritonéal, siège symétrique au cæcum. Epanchement nettement limité sur la

ligne médiane par une cloison arrêtant la sonde cannellée...

Mèche de gaze iodoformée.

Le 21 juillet, la mèche a fait bouchon, rétention du pus. On remet un drain le 25 juillet, la cavité est complètement refermée, l'état général est bon. Sortie guérie le 24 septembre 1896.

Elle a été revue et se porte très bien. Elle n'a pas voulu subir une nouvelle opération dans laquelle on se proposait d'enlever son appendice à froid.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Duplay).

Appendicite (abcès péritonéal). — Service de M. le professeur Duplay, à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, n° 13.

Col... Dés..., blanchisseuse, âgée de 47 ans, est entrée à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Duplay, le 14 mars 1896, salle Notre-Dame, n° 13, et en est sortie le 2 mai de la même année.

Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole dans sa jeunesse. Angine pseudo-membraneuse de nature inconnue vers l'âge de 20 ans. Aucune diathèse.

Réglée à 15 ans et depuis cette époque la menstruation est normale.

Le 13 mars 1896, en lavant son linge, elle fut prise d'une douleur subite très violente dans la fosse iliaque droite en même temps de vomissements et de diarrhée.

Elle fut aussitôt conduite à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine où l'on fit le diagnostic d'embarras gastrique. La malade fut purgée, mise au régime lacté, jusqu'au 21 mars, les phénomènes douloureux persistèrent d'une manière sourde;

mais le 21 la douleur devient subitement très aigue et la température monte à 39°.

Puis apparut un empâtement dans la fosse iliaque droite avec rougeur et fluctuation manifeste.

Le point de Mac-Burney était très net à la pression, le diagnostic d'appendicite étant fait, la malade fut transférée d'urgence dans le service de M. Duplay dans un état de prostration presque complet.

Le 22, M. le docteur Cazin fit l'ouverture de l'abcès de la fosse iliaque.

Il en sortit une centaine de grammes d'un liquide purulent jaune verdâtre nauséabond, durant l'opération l'appendice ne se présentait pas. La plaie fut tamponnée à la gaze iodoformée et suturée.

Le soir même, la température tombait à 37°. Le lendemain un léger subictier est constaté, la malade prend du lait et le digère facilement.

Le pouls bat 72 pulsations. Les jours suivants la tinto-subictique disparut; apyrexie complète.

Aucune douleur, selles normales.

La plaie se réunit sans suppuration. La malade se leva pour la première fois le 20 avril.

Elle sort le 4 mai.

Rentrée à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu à la fin de décembre 1896, salle Notre-Dame, n° 26.

La malade se plaint de douleurs spontanées et à la pression au niveau de la cicatrice, à un point duquel il semble exister une fistulette s'ouvrant et se fermant alternativement d'après ce que raconte la malade.

Opérée le 4 janvier 1897.

Ablation de l'appendicite qui adhérait au péritoine pariétal par son extrémité libre dont la lumière constituait une cavité close d'un centimètre environ de longueur, entièrement séparée

par le tissu fibreux du reste de la cavité appendiculaire, et qui laisse échapper quelques gouttes d'un liquide clair lorsqu'on détache l'extrémité de l'appendice de la paroi, on met à découvert une perforation de l'appendice péritonéal.

OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Duplay)

Appendicite à répétition. — Service de M. le professeur Duplay à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame n° 1.

La nommée Eulalie Dig..., âgée de 39 ans, charcutière, est entrée le 22 janvier 1898, atteinte d'appendicite à répétition ; son père est mort d'un accident ; la mère bien portante a 59 ans, une sœur est morte d'une maladie du cœur, une autre bien portante est âgée de 37 ans.

La malade a eu deux fausses couches et un enfant mort de convulsions, un autre d'un accident, deux enfants sont vivants ; ni l'un ni l'autre n'ont jamais été malades.

Antécédents personnels. — Notre sujet n'a jamais eu de maladie et elle n'a jamais cessé d'être bien réglée. Mariée à 17 ans, sujette aux migraines, surtout dès sa jeunesse ; pas de rhumatisme.

Histoire de la maladie. — Il y a 18 mois, 1^{re} crise. Réveillée la nuit par des souffrances atroces dans la fosse iliaque droite, vomissements, fièvre. Cette crise a duré 5 jours et tout est rentré dans l'ordre ; le médecin n'avait trouvé rien à l'examen physique du ventre d'après la malade.

Il y a 4 mois (fin septembre 1897), 2^e crise, et la malade eut des douleurs au même point, vomissements extrêmement abondants et fréquents pendant 7 jours.

La fièvre a été très marquée (40°—40°5) ; le médecin a parlé

à ce moment d'abcès en formation et a proposé l'opération, mais la malade se sentant un peu mieux a refusé.

La crise dura 7 jours.

A la suite de cette crise, la malade s'est remise lentement; elle a continué à ressentir des douleurs dans l'abdomen, surtout la nuit.

Nausées fréquentes, pas de vomissements; amaigrissement et affaiblissement continuent à être pareils.

Le médecin, voyant cet état persistant, conseille à la malade de se faire opérer.

La malade est entrée le 20 janvier à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu.

Le 25 janvier, opération par M. le docteur Cazin, chef de clinique.

Incision de Roux.

Ligature du mesa appendice P.

Résection de l'appendice; on trouve le canal obstrué à sa partie moyenne, les portions initiales et terminales étant saines. Enboussement du moignon appendiculaire par des points cœcaux séro-séreux. Il y avait seulement quelques adhérences péritonéales au niveau de l'appendice qui, oblitéré complètement par du tissu cicatriciel, à ses deux extrémités, sur une longueur de 2 ou 3 centimètres, formait entre ces deux tronçons non perméables une cavité close d'un centimètre encore de longueur.

Suites.

Opération normale.

Sortie guérie le 10 février 1898.

Depuis l'opération, l'appétit est revenu; plus de nausées, ni de douleurs.

Etat général complètement satisfaisant.

OBSERVATION IV (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Duplay

Appendicite (Watter). — Service de M. le professeur Duplay
à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry n° 23

Le nommé Albert B..., employé de commerce, âgé de 18 ans, est entré le 12 février 1896 dans le service de M. le professeur Duplay à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry n° 23. Atteint d'appendicite. La mère est morte à 29 ans d'une péritonite. Comme antécédents personnels, érysipèle de la face, il y a trois ans.

Vers le mois d'avril 1895, il fut pris de douleurs dans la région de la fosse iliaque gauche, douleurs localisées avec vomissements.

Elles étaient survenues subitement et durèrent 10 à 15 jours, pendant lequel le malade resta couché, puis elles cessèrent. Mais à partir de ce moment, une crise semblable se produisit tous les deux mois environ.

En septembre 1895, une crise fut plus violente; il se forma un abcès dans la fosse iliaque droite.

Le malade entra à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu et M. le docteur Watther, chirurgien de garde, ouvrit d'urgence une collection purulente par incision abdominale dans la fosse iliaque.

Le malade fut envoyé à Vincennes où un nouvel abcès se forma et s'ouvrit spontanément.

Tout accident cessa jusqu'au 12 février, où dans la nuit, les douleurs reprirent avec des vomissements, diarrhée et une température de 39°.

Le malade entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu. Or, on constate une rougeur; douleur, inflammation au niveau de l'ancienne cicatrice. On s'apprêtait à ouvrir cette collection purulente quand

par suite d'un retard de 24 heures dans l'opération, on trouve que les accidents locaux avaient cessé et que d'autre part la température était revenu normale.

Le 28 février, M. Cazin, chef de clinique de M. le professeur Duplay, a opéré le malade.

L'incision de Roux mène sur l'appendice situé à gauche de cæcum, très volumineux, très adhérent.

La cavité appendiculaire est obstruée par des graisses jaunâtres.

A la partie supérieure, on constate une cicatrice d'une perforation ancienne.

L'opération fut normale, et l'anesthésie sans incidents.

Le soir du même jour on constata une hémorrhagie, en nappe au niveau de la plaie pariétale, le malade présentant des phénomènes syncopaux.

Une compression fut d'abord faite; mais l'hémorrhagie persistant, on fit sauter tous les fils et l'on ne trouva qu'un suintement en nappe. Un nouveau tamponnement à la gaze iodoformée amena la fin de l'hémorrhagie.

Le malade étant dans le collapsus, le pouls à peine perceptible,

M. Pouquet, interne du service, injecta vers minuit dans la veine médiane céphatique 2 litres de sérum artificiel.

Le lendemain 29, dans la matinée, l'hémorrhagie recommença et cessa après une nouvelle compression et une nouvelle injection de un litre de sérum.

Après ces injections le malade reprit sa physionomie normale, conservant seulement une légère pâleur des téguments et des lèvres.

Le pouls redevient normal et les battements du cœur à leur mouvement régulier.

Sorti guéri, le 11 avril 1896, il est depuis en parfait état de santé.

OBSERVATION V (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur Berger.

Appendicite (début de péritonite appendiculaire). — Service de M. le professeur Berger à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, n° 1.

Paul A..., âgé de 8 ans est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc n° 1, le 28 février 1897 atteint d'une appendicite. Son père bien portant. La mère a eu de temps en temps des douleurs dans le ventre.

Antécédents personnels : en naissant, a eu une bronchite ; à deux ans, a eu la coqueluche ; à trois ans la rougeole.

Histoire de la maladie. — Vers le 1^{er} février, l'enfant a eu une douleur dans la fosse iliaque droite très vive qui s'exaspérait par la pression. La douleur était continue ; en même temps il avait de la fièvre à 38°,6 et de la constipation. Un médecin appelé fit le diagnostic d'une péritonite ; il ordonna des cataplasmes et de l'opium ; malgré cela les douleurs continuèrent ainsi que les fièvres. Un chirurgien appelé quelques jours après fit le diagnostic d'une appendicite et conseilla au père de l'amener à l'hôpital, et c'est alors qu'on l'amène à la Pitié dans le service de M. Berger. Au moment de l'entrée, le 28 février, l'enfant avait le faciès péritonéal. M. Berger fit aussitôt une incision dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de Mac Burnay ; il ouvrit le péritoine d'où s'écoula une petite quantité de pus. Il lui fut impossible de suite de trouver l'appendice à cause des adhérences surtout d'une épiploïque. En examinant bien le cæcum il voit que l'appendice s'était coupé à sa base, où M. Berger a fait une ligature après lavage de la sereuse, suture des parois et l'enfant est aujourd'hui 20 mars, très bien.

OBSERVATION VI (inédite.)

(Dûe à l'obligeance de M. le professeur Tillaux).

Appendicite à répétition. — Résection de l'appendice

Le 12 novembre 1895, le jeune X..., âgé de 15 ans, fut pris en rentrant de classe de nausées accompagnées de maux de tête. Le matin, il eut de violentes douleurs dans le ventre, des vomissements rejetés, la fièvre devint très vive. Un médecin consulté, émit l'hypothèse d'une péritonite suite d'appendicite. Le ventre était très ballonné, la température variait de 39 à 40 degrés. Peu à peu, l'état général s'améliore. Le traitement fut application de sangsues, de glace, de vésicatoire au niveau de la fosse iliaque droite.

Mais cette guérison fut plutôt une rémission qu'une guérison complète. Régime lacté, interdiction de tout exercice violent.

En avril suivant, les accidents reparaissent. Douleurs et vomissements, fièvre légère.

Le malade se remet, il grandit, la mine est bonne. Durant l'été, après une course à bicyclette, souffrances très vives, toujours au niveau de la fosse iliaque droite. Ces douleurs ne sont pas continuelles, mais apparaissent à la moindre fatigue.

Tout l'hiver, maux d'estomac traités par des calmants, etc. La langue est blanche chargée. Des crises successives se produisent. L'état général est mauvais. L'enfant grandit, mais maigrit, a des vertiges et s'affaiblit au point que le médecin semble craindre des lésions de tuberculose pulmonaire. En juillet 1897, saison d'eaux minérales; l'appétit renaît, l'état général s'améliore. Enfin, en octobre 1897, les symptômes reparaissent, les douleurs abdominales s'accroissent, le malade est adressé à M. le professeur Tillaux qui diagnostique une appendicite à répétition. Opération.

Incision classique.

Le péritoine ouvert, M. Tillaux va à la recherche de l'appendice. On trouve un peu au-dessous de l'union de l'ilion et du cæcum, une petite tumeur arrondie du volume d'une petite prune accolée au cæcum, là où doit se trouver l'appendice. Tout autour, quelques adhérences légères du grand épiploon. Dans le mésentère se trouvent trois ou quatre ganglions du volume de la tumeur, ce qui fait que l'on hésite un instant pour savoir si celle-ci est bien l'appendice. Par la pression, on reconnaît qu'elle contient un corps dur sur lequel on peut faire glisser les tuniques appendiculaires. Sans être ouvert, le petit appendice, ainsi retracté sur le calcul qu'il contient, est détaché de ses adhérences à l'ilion et enlevé au ras du cæcum. Le pédicule formé est lié à la soie, la surface de section est curettée et cautérisée à l'acide phénique fort.

Suture à plans superposés.

Dans cet appendice, on trouve un calcul du volume d'un œuf de pigeon. La couleur est brumâtre. Il est dur, d'une consistance uniforme. A la coupe, il paraît constitué de couches stratifiées. L'examen fait par M. Pilhet montre qu'il est formé de carbonate de chaux englobant du mucons. Dans ces calculs, on ne trouve jamais aucune autre trace de produits stercoraux. A leur niveau, la paroi de l'appendice présente toujours une atrophie des follicules et une prolifération des glandes de Lieberkuhn, de sorte que les calculs paraissent dus à une hypersécrétion muqueuse, comme cela se voit dans les glandes (1).

OBSERVATION VII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Leguen)

Appendice perforée. — Péritonite suppurée.

Le nommé Borhon, Pierre, est entré à l'hôpital Saint-Louis

1. Pilhet, Bulletin et la Société anatomique, Janvier 1898.

dans le service de M. le professeur Fournier, salle Saint-Louis (Clamard).

Son père est mort d'une laryngite tuberculeuse. Il a eu la syphilis, il y a quatre ans, forme maligne. Il a eu, il y a quelques mois une inflammation d'intestin.

Le 2 mars il a été pris d'un malaise général, des grands frissons, maux de tête et douleurs dans les reins; il refuse tout aliment.

Il y avait une douleur dans la fosse iliaque droite s'irradiant dans le périnée et dans les bourses.

Il a eu des tendances syncopales, des sueurs abondantes.

Le 4 mars, il était très abattu, le pouls était grêle, il avait beaucoup de vomissements.

Le 4 mars, sa face était pâle; à droite dans la fosse iliaque douleur intense, empâtement superficiel; à la percussion il y a de la submatité. Le pouls était à 140. La température, 38°. Au toucher le ventre était douloureux. Pas de ballonnement, plus douloureux en bas, et là il y a une sonorité tympanique.

Le 4 mars a été opéré par le docteur Legueu. Laparotomie iliaque droite, il y a du pus. Laparatomie médiane, lavage et drainage. Appendice pas recherché.

Mort le 7 mars, salle Nélaton.

La péritonite était généralisée; il y avait perforation à la partie moyenne de l'appendice.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Appendicite à rechute, incision à froid, résection

La nommée D.... Louise, habitant 64, rue de Tolbiac, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, salle Denonvillers (brancard), le 5 août 1897, atteinte d'une appendicite.

Elle a été réglée à l'âge de 12 ans. Régulièrement ses règles durent en général quatre jours, assez abondantes, elles ne sont pas douloureuses, mais avant son mariage elle était obligée de garder le lit au moins un jour.

Elle a eu un enfant de 6 ans 1/2, elle n'a pas eu de fausse couche.

En ce moment a ses règles ; ses dernières datent du 12 juillet 1897.

Depuis deux ans et demi elle se plaint de douleurs dans le côté droit du ventre, douleurs s'irradiant dans les lombes. En même temps, les envies d'uriner sont fréquentes et elle a des pertes blanches. Pas de nausées ni de vomissements. Ces douleurs durent un jour ou deux, se calment et laissent la malade en repos une dizaine de jours. Il y a sept mois (janvier 1897), avant ses règles, elle a été prise de malaise, de fièvre, de nausées et de vomissements et de la céphalée. Elle s'alite pendant deux mois et demi.

Depuis lors au moment de ses époques elle est reprise de la même crise douloureuse. La douleur sourde dure environ une dizaine d'heures, pour se calmer peu à peu et se transformer en une sensation de gêne et de pesanteur. Cet état s'accompagne de fièvre, de nausées, de constipation.

Le 19 août, après ses règles, M. le docteur Legueu l'opère d'après le procédé de M. Jalaguier.

L'appendice est contourné en arrière sous le cæcum. Son sommet est ouvert. Il a été réséqué par section à sa base. Il contient cinq petits corps. il est flexible et la cavité assez irrégulière.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite est le résultat de la transformation du canal appendiculaire en cavité close.

II. — Cette transformation du canal appendiculaire en cavité close peut se faire sur un point quelconque de ce canal.

III. — La transformation du canal appendiculaire en cavité close peut se faire par différents mécanismes. Quelquefois l'oblitération partielle du canal appendiculaire et sa transformation en cavité close sont dues à la formation lente et progressive d'un calcul appendiculaire qui est plus ou moins dur suivant que les matières inorganiques (sels de chaux et de magnésie) s'ajoutent en quantité plus ou moins grande aux matières organiques et stercorales du calcul.

Le calcul se forme dans le canal appendiculaire même, il est une manifestation et une maladie particulière, la lithiase appendiculaire comparée à la lithiase rénale et biliaire.

Il y a une similitude pathogénique entre ces trois lithiases, elles peuvent coexister dans une même famille. L'appendicite calculeuse (lithiase appendiculaire) est familiale et héréditaire. La lithiase appendiculaire (appendicite calculeuse) doit rentrer dans le patrimoine de la goutte et de l'arthritisme.

IV. — Dans d'autres cas plus nombreux, l'appendicite

n'est pas calculeuse; la transformation du canal appendiculaire en cavité close est la conséquence d'une infection locale des parois de l'appendice et de leur tuméfaction, tuméfaction qui oblitère le canal.

Dans d'autres circonstances, c'est un rétrécissement fibreux qui se fait lentement et progressivement, qui oblitère le canal et se transforme en cavité close.

Enfin, d'autres fois, l'obstruction appendiculaire résulte d'un étranglement de l'appendice, par bride, par torsion, coudure. Les dimensions de la cavité close sont variables.

V. — Pour que les accidents naissent, il faut que les microbes emprisonnés dans la cavité close soient doués d'une virulence suffisante.

VI. — Les symptômes de l'appendicite bénigne ou grave, légère ou violente n'éclatent que lorsque la transformation en cavité close est constituée. C'est l'attaque appendiculaire. A ce moment les microbes de l'appendice, jusque-là inoffensifs, pullulent et exaltent leur virulence.

VII. — Dans l'appendicite ainsi constituée se forme un foyer d'infection parfois terrible (microbes et leurs toxines). Les principaux agents microbiens sont le coli-bacille et le streptococque.

VIII. — Si les agents infectieux contenus dans la cavité close sont peu virulents, ou s'ils ont perdu leur virulence (par phagocytose) ou si le canal appendiculaire reprend sa perméabilité, l'attaque appendiculaire guérit spontanément du moins en apparence. Toutefois, il faut se méfier des récidives. Une récidive peut survenir du fait de l'infection qui continue son évolution à travers les parois de l'appendice sans que soit nécessaire une nouvelle cavité close.

IX. — La virulence de l'appendicite et la toxicité des

produits sont parfois si considérables que le malade peut mourir du fait même de son appendicite infectieuse, les lésions et les symptômes de péritonite étant à peine ébauchés.

X. — Souvent l'infection appendiculaire aboutit à l'ulcération, à la purulence, à la nécrose, à la gangrène, à la perforation de l'appendice. Toutes les variétés de péritonite peuvent en être la conséquence.

XI. — Dans d'autres cas, les microbes et leurs toxines traversent les parois de l'appendice malade sans qu'il y ait perforation, et pourtant on peut voir naître toutes les variétés de péritonite, abcès du foie, abcès à distance.

XII. — Le traitement médical de l'appendicite est insuffisant. Le seul traitement rationnel c'est l'intervention chirurgicale pratiquée de bonne heure.

Vu par le Doyen ;

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse ;

LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

Cette planche nous fait voir une coupe des parois de l'appendice au niveau de la cavité close.

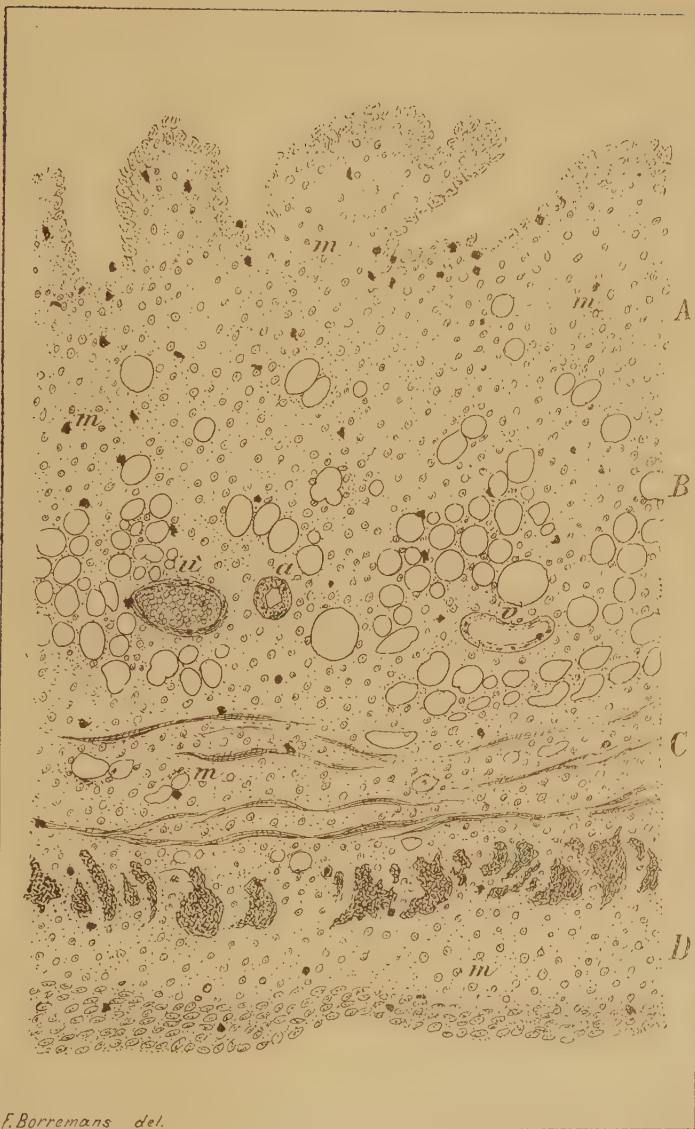
A. — Partie profonde de la muqueuse *ulcérée*.

B. -- Couche sous-muqueuse très épaissie *sans structure* et symphoïde. On y voit des veinulles (V) gorgées de sang (U), et des artérioles dont les parois sont *épaissies* (a).

C. — Couche musculaire dissociée par du tissu symphoïde.

D. — Couche sous-péritonéale.

M. — Colonies de microbes (*coli-bacille*) qui traversent les parois de l'appendice, de la muqueuse vers le péritoine.



F. Borremans del.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBI. — Thèse de Paris 1894.
- AUFRECHT. — Thérapéut. Monastshelfte, 1895, n° 5, p. 226.
- ASHBY. — Lancet, 1^{er} nov. 1879.
- BAILLET. — Valeur de la laparotomie dans le traitement de la typhlite simple. Arch. prov. de chir., 1896, p. 19.
- BARBACCI. — La spérimentale, 1891, n° 75.
- BARIETY. — Des hernies de l'appendice cæcal compliquées, thèse de Paris, 1895, n° 276.
- BERTHELIN. — Thèse de Paris, 1895.
- BRUN. — Presse méd., 6 août 1876. Appendicite familiale.
- CHALLIOL. — De la résection à froid de l'appendice vermiculaire dans les appendicites à répétition. Thèse de Lyon, déc. 1894.
- CHARNOIS. — Des hernies du cæcum compliquées d'appendicite. Thèse de Lyon, 1894.
- CORDIER. — The am. J. of. obst., 1895, t. II, p. 571.
- CZERNY. — XXIV^e congrès de la société allemande de chirurgie merc. méd., 1895, p. 225.
- DELBET. — Le lavage du péritoine. Ann. de gynécol., 1889, t. XXXII, p. 168.
- DECLÉCKT. — Recherches sur la pathogénie de la péritonite et origine intestinale. Etude sur la virulence du coli-bacille. Annales de l'institut Pasteur, t. IX, p. 710-736.
- DE ROUVILLE. — Presse méd. 27 mai 1896.
- DIÉULAFOY. — Presse méd. 1896, p. 121. Manuel de Path. interne 10^e édition 1897, art. appendicite et péritonites appendiculaires.

- FAISANS. — De l'appendicite familiale. Bull. et mémoires de la société des hôp., 1896, n° 8, p. 228.
- FRANKEL. — Wiener Klin. woch., 1891, mai 13-15.
- FOWLER. — New-York, méd. 7, 1893, 14 oct., p. 434.
- GANGOLPHE. — Lyon médical, 1892.
- GENDRON. — De la péritonite suppurée, Thèse de Paris.
- GÉRARD. — Appendicites par corps étrangers, Bull. de la société de chirurg. 1895, p. 495.
- GERSTER. — New-York, med. J., 5 juil. 1890.
- GILLWYLVE. — Bull. méd., 26 mars 1790.
- GOLUBOFF. — Médecina, 1896, n° 12,
- GRANBOULAU. — De la résection à froid de l'appendicite iléo-cæcale, th. de Paris, 1896.
- GULLAROFF. — Arch. of. Gynck., 1895, p. 242.
- HENROTIN. — Ouvr. J. of. obst., août 1893, t. XXVIII. p. 190.
- HODENPYL. — New-York, méd. J., 1896, p. 777-786.
- HOUZÉ. — De l'intervention chir. dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée, Thèse de Paris, 1896. p. 88.
- JALAGUIER. — Mercredi médical, 1895, p. 374; Mercredi médical, 1895, n° 32 p. 374. — Presse médicale, 3 février 1897, n° 10.
- KOERTE. — Klin. Woch., 1891, n° 26 et 27.
- KUMMEL. — Rev. méd. de la Suisse romande, 1893.
- LAFFOR. — Des tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire, Thèse de Lyon, 1893,
- LANNELONGUE-CORNIL. — Blessure, maladie de Gambetta, obs. autops. Gaz. hedd. de méd. et de chir. 1895 n° 3, p. 37, 531.
- LEGUEU. — De l'appendicite, Masson, 1897; La situation du cæcum chez l'enfant. Bull. de la soc. anat. 1891.
- LOCKWOOD. — Royal méd. and. cl. soc., 23 oct. 1895: The Lancet, t. II, p. 975.
- MAC BURNAY. — Méd. record, 30 mars 1895, t. I, p. 385.
- MAGAIGNE. — Thèse de Paris, 1892.
- MALVOZ. — Arch. de méd. expér. 1871, p. 593.
- MARGUERY. — Thèse de Lyon 1892.
- MARSH. — The Lancet 1894.
- MAURIN. — Essai sur l'appendicite et péritonite appendiculaire. Thèse de Paris, 1890.
- MICKULICZ. — Méd. mod., 1889, n° 20.

MONOD. — Huitième congrès français de chir. Lyon, 1895, p. 206.
Contributions à l'étude des appendicites ; Bull. de la Soc. de chirurg.
1895, p. 497.

MOTCHOUSKOWSKY. — Arch. russes de path. de clin. et. de bactériol. 1896.

NICAISE. — Revue de chir., 1896.

NICKL. — Th. de Munich, 1892.

PIARD. — Des suppurations à distance dans l'appendicite, thèse de Paris, 1896.

PILLET. — Bull. de la soc. anat. janvier 1898.

PILLET et COSTE. — Etude sur l'appendicite folliculaire. Bull. de la soc. anat., 1895, p. 19.

PONCET. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1894, 22 déc.

QUENU. — Bull. et mém. de la soc. de chir., 1892, p. 430.

RANSOM. — Roy. méd. and. surg. soc., 10 nov. 1891.

RENDU. — Gaz. hebd. de Paris, 8 février 1896.

ROGER et JOSUE. — Appendicite expérimentale. Bull. et mém. de la soc. médic. des hop., 1896, n° 4, p. 79.

ROUTIER. — Bull. et mém. de la soc. de chir., 1895, t. XXI, p. 541.

ROUTIER, BERGER, JALAGUIER, TUFFIER, QUENU. — Presse méd. 1896, n° 8, p. XXVI et n° 10 p. XLV.

ROUX. — Rev. méd. de la Suisse romande, sept., oct., nov., 1896. p. 121 ; 8^e congrès français de chir., Paris, 1895, p. 213.

SAHLI. — Veber dic. pathologie méd. thérapie des pérityphlites, corresp. Bl. of. sch. A. sept. et oct. 1894.

SAUVAGE. — Th. de Paris, 1894.

SIRAUD. — Gaz. des hôp., 14 juin 1892.

SIREDEY et LEROY. — Presse méd., janvier 1897. XLV.

SONNENBURG. — Berl. Klin. Woch., 1899, n° 22.

TALAMON. — Appendicite et pérityphlite, Paris, Rec, 1892 ; Typhlite aiguë perforante, Bull. de la soc. anat., mars, 1882 et Prog. méd. déc. 1882 ; App. et pérityph., p. 120.

TRÈVES. — Brit. méd. 7. mars 1895, p. 597. Observation on a of ar they series of cases of relapsing typhlitis treated by operatio, Brit. méd., J. mars 1895, p. 517.

WELCH. — Amer. J. of med. sco, nov. 1891, p. 435.

WORCESTER. — Bost. méd. J., 1893.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
Appendicite péritonites appendiculaires	7
Historique.	11
Pathogénie.	14
Anatomie pathologique	28
Examen microbiologique.	30
Lésions peri-appendiculaires	31
Lésions à distance.	33
Péritonites généralisées.	37
Evolution de l'appendicite	40
Diagnostic.	46
Péritonite généralisée	48
Appendice suppurée	53
Appendicite aiguë	55
— chronique	57
Complications post-opératoires	60
Observation I.	61
— II.	66
— III.	68
— IV.	70
— V.	72
— VI.	73
— VII.	74
— VIII.	75
Conclusions.	77
Index bibliographique.	83

